

**VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY**

**Nemocnice zřízená Moravskoslezským krajem**

**Hospital Established by the Moravian-Silesian Region**

**Student: Jana Mastiliaková**

**Vedoucí bakalářské práce: Ing. Blanka Mlčáková, Ph.D.**

**Ostrava 2010**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 6.5.2010

.....  
podpis

## OBSAH

1. ÚVOD .....	1
2. ORGANIZACE A ZÁSADY FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE.....	3
2.1. Zdraví a péče o zdraví jako individuální a společenské hodnoty.....	3
2.2. Zdravotní politika a definice zdravotních potřeb .....	5
2.3. Faktory ovlivňující vývoj v oblasti nemocničních služeb.....	7
2.3.1. Orgány veřejné správy ve zdravotnictví.....	7
2.3.2. Legislativní rámec v oblasti zdravotnictví .....	7
2.4. Soustava zdravotnických zařízení a jejich organizační uspořádání .....	8
2.4.1. Primární péče.....	9
2.4.2. Sekundární péče .....	9
2.4.3. Terciární péče .....	10
2.5. Role a funkce nemocnic .....	11
2.6. Vývoj systému zdravotního pojištění a financování v ČR.....	13
2.7. Ekonomika zdravotnické instituce .....	16
2.7.1. Náklady .....	16
2.7.2. Výnosy .....	17
2.7.3. Výsledek hospodaření – zisk nebo ztráta .....	18
2.7.4. Specifické problémy posuzování zisku ve zdravotnictví .....	19
2.8. Úhrady nemocniční péče .....	20
3. SUBJEKTY ZAJIŠŤUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI NA ÚZEMÍ KRAJE .....	24
3.1. Základní charakteristika Moravskoslezského kraje .....	24
3.2. Zdravotní stav obyvatelstva v Moravskoslezském kraji .....	25
3.3. Síť nemocničních zařízení na území Moravskoslezského kraje .....	26
3.4. Financování neinvestičních a investičních činností nemocnic zřízených Moravskoslezským krajem.....	27
4. CHARAKTERISTIKA A ZHODNOCENÍ NEMOCNICE ZŘÍZENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM.....	29
4.1. Slezská nemocnice v Opavě.....	29
4.2. Výsledky hospodaření Slezské nemocnice v Opavě .....	31
4.2.1. Náklady a výnosy .....	32
4.3. Významný příjem Slezské nemocnice v Opavě.....	34
4.4. Mzdové náklady Slezské nemocnice v Opavě. ....	39
5. ZÁVĚR.....	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ .....	45
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ .....	47
SEZNAM GRAFŮ.....	48
SEZNAM TABULEK.....	49
PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	50
SEZNAM PŘÍLOH .....	51

# 1. ÚVOD

Předložená práce se zaměřuje na hlavní charakteristiky jednoho ze subjektu zajišťujícího nemocniční péči na území Moravskoslezského kraje. Vymezený podíl odpovědnosti regionálních samosprávných orgánů, umožňuje vysokou míru zprůhlednění rozdělování finančních zdrojů, ve srovnání s minulou formou centralistického řízení státu. Z ekonomického hlediska je v rámci jednotlivých regionů věnována zvýšená pozornost resortu zdravotnictví. Zdravotnické služby zahrnují instituce a zaměstnance, využívají značnou část limitovaných finančních zdrojů, a patří mezi oblasti, které vytvářejí největší počet pracovních míst. Posilují pocit jistoty a bezpečí u jednotlivců a vytvářejí atmosféru důvěry ve společnost. To jsou důležité faktory jak pro rozvoj ekonomiky státu, tak pro společnost jako celek.

Ve druhé kapitole teoretické části jsou charakterizovány hlavní zásady organizace a financování nemocniční péče. Zmíněna je charakteristika zdraví jako významné hodnoty ekonomického rozvoje společnosti a zdravotní politika, jejímž hlavním cílem je uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a efektivní alokace zdrojů. Stručně jsou také zmíněny faktory ovlivňující vývoj nemocničních služeb zejména orgány veřejné správy a legislativní rámec v oblasti zdravotnictví. Dále je pojednáno o soustavě zdravotnických zařízení a jejich organizačním uspořádání a roli a funkci nemocnic. Tuto kapitolu uzavírá charakteristika systému zdravotního pojištění, ekonomiky zdravotnické instituce zahrnující náklady, výnosy, výsledek hospodaření a úhrad nemocniční péče.

Třetí kapitola teoretické části se zaměřuje na subjekty zajišťující nemocniční péči na území Moravskoslezského kraje. Zahrnuje základní charakteristiku Moravskoslezského kraje a stručné informace o zdravotním stavu jeho obyvatelstva. Dále je popsána síť nemocničních zařízení na území Moravskoslezského kraje a údaje o financování neinvestičních a investičních činnostech nemocnic zřízených Moravskoslezským krajem. Všichni ti, kteří řídí zdravotnictví na daném území, i ředitelé nemocnic potřebují mít kvalitní informace o zdravotních potřebách obyvatelstva na spádovém území. Tyto informace jim umožní racionálně plánovat hierarchii a návaznost služeb a posoudit, zda, a do jaké míry přispívají ke zvládnutí existujících zdravotních problémů. Proto nejen péče o pacienty, ale i administrativní činnost potřebují kvalitní informace a moderní systémy řízení. Nemocnice musí hledat

způsoby, jak se z důvodu zajištění ekonomické stability vypořádat s neustále rostoucími náklady a přitom zvýšit svou produktivitu a zajistit potřebnou kvalitu péče svým pacientům.

S ohledem na výše uvedené jsem se ve čtvrté kapitole zaměřila na charakteristiku a zhodnocení Slezské nemocnice v Opavě zřízené v právní formě příspěvkové organizace Moravskoslezského kraje. Na základě získaných ekonomických údajů o hospodaření Slezské nemocnice za poslední 4 roky jsou popsány a srovnány vybrané ekonomické údaje.

Ke zpracování tématu své bakalářské práce jsem použila aktuální odborné knižní zdroje, legislativní předpisy a podklady týkající se hospodářských výsledků poskytnuté Slezskou nemocnicí v Opavě.

**Hlavním cílem** práce je charakteristika Slezské nemocnice v Opavě, příspěvkové organizace, jako jednoho ze subjektů zajišťujícího nemocniční péči na území Moravskoslezského kraje.

**Pro svou práci jsem si stanovila následující hypotézy:**

1. Příspěvek na provoz a dotace do investičního fondu představuje významný příjem Slezské nemocnice v Opavě, příspěvková organizace.
2. Mzdové náklady představují více než 50 % celkových nákladů Slezské nemocnice v Opavě, příspěvková organizace.

## 2. ORGANIZACE A ZÁSADY FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE

V průběhu 20. a počátkem 21. století dochází v nemocničních zařízeních ke značnému nárůstu ceny za diagnostiku chorob, léčbu a péči o nemocné. To významně ovlivňuje rozvoj nemocnic a jejich změnu na instituce, kde se skutečně léčí. Tento rozvoj si také vyžádal opuštění závislosti na solventnosti pacientů a na „přímých“ platbách a vynucuje si garanci financování přímým subjektem v nepřímé závislosti na ekonomickém postavení pacienta. Dochází tím ke vstupu „dalšího subjektu“ do vztahu mezi lékařem a pacientem. Nedostatek finančních prostředků na zdravotní péči u velkých skupin obyvatelstva, zejména z důvodu nezaměstnanosti, stárnutí, úrazů s invaliditou, chronických nemocí, apod. si vynucuje účast státu a počátek vzniku zdravotnické politiky státu [2].

### 2.1. *Zdraví a péče o zdraví jako individuální a společenské hodnoty*

Pojmy jako život, zdraví, nemoc, smrt, bolest a jejich determinanty<sup>1</sup> je způsob, jímž jsou v literatuře objasňovány cíle zdravotnického systému. Nejčastěji se používá schéma působení čtyř základních determinant zdraví:

- genetický základ (se podílí na zdravotním stavu populace 10-15 %)
- životní prostředí (se podílí na zdravotním stavu populace asi 20 %)
- způsob života (se podílí na zdravotním stavu populace asi 50 %)
- zdravotnická péče (se podílí na zdravotním stavu populace 10-15 %)

Pojem zdraví zahrnuje různé skutečnosti, které mohou být velmi odlišné. Zdraví i nemoc a její léčba je často odrazem společenských, etických a ekonomických kritérií a hodnot. Každé rozhodování při medicínské praxi, při řízení zdravotnických procesů a institucí, zahrnuje současně jak prvky skutečnosti (informace o zdravotním stavu), tak prvky hodnotové, které daný jedinec nebo většina společnosti uznává.

---

<sup>1</sup> Determinanta - rozhodující, určující, usměrňující parametr, činitel či faktor pro žádoucí či nežádoucí aktivitu člověka. prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc., zdroj: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Teprve společenství lidí na určitém stupni vývoje vytvořilo pojmy a přijetí sociální spravedlnosti, lidských práv a ochrany slabších a handicapovaných jedinců a skupin, a to vše v rámci pojetí demokracie. Společenská solidarita je hodnota, která znamená vědomí jednoty a vůli nést její následky. Ve vztahu ke zdraví a zdravotnictví solidarita představuje důležitou hodnotu, která vytváří vzájemnou podporu obyvatel, či pojištěnců v případě poruchy zdraví, při níž náklady péče jsou záměrně poskytovány solidárně napříč celou společností, a to tak, aby bylo zajištěno, že všichni členové společnosti v případě nezbytné potřeby obdrží péči, jakou potřebují nebo v rozsahu, jak je v dané společnosti určeno [6].

Spravedlnost ve zdraví a solidarita ve zdraví představuje vytváření určité zdravotní strategie. To znamená hledání společné vize budoucnosti a dohody na způsobech její realizace, včetně vhodného využívání zdrojů a partnerské pomoci. Volba možných variant by měla spočívat na jasně vymezených hodnotách, které vycházejí z etických základů Všeobecné deklarace lidských práv [11].

V současné době, kdy neustále vzrůstá počet obyvatel v Evropě, hrozí vážné riziko, že část svého života budou žít v bídě. V důsledku rostoucích sociálně-ekonomických rozdílů, rostou i nerovnosti ve zdravotním stavu lidí v rámci společností, které žijí v blahobytu. Sociální gradient<sup>2</sup> probíhá všemi společensko-ekonomickými skupinami, celou společností a celým životem. I když by státní zdravotní politika měla dávat přednost těm, kteří jsou na tom nejhůře, měla by věnovat pozornost i nerovnému poskytování výhod, které plynou ze společensko-ekonomického růstu a klást větší důraz na spravedlivější rozdělování sociálních vymožeností (dostupnost vzdělání, zaměstnání) mezi všechny sociální skupiny [8].

Determinantám zdraví je proto nutné věnovat více pozornosti a na jejich zvládnutí vyvinout mnohem vyšší úsilí. Jako úspěšné se ukázaly ty strategie týkající se udržení a zlepšení zdraví populace, které se zabývaly ekonomickým růstem, rozvojem člověka a zdravím ve vzájemných souvislostech. Rozdíly v příjmech, možnostech volby, zdravého životního stylu a ochrana životního prostředí jsou proměnné, které podléhají státní politice a jejichž změny mohou vést, ke zlepšení zdraví a blahobytu celé populace. Daňové a legislativní nástroje jsou mocnými regulačními nástroji, které mohou působit na skryté příčiny špatného zdravotního stavu obyvatel.

---

<sup>2</sup> Sociální gradient - vliv úrovně socioekonomických faktorů a determinací jako vzdělání, zaměstnání, výše příjmu, kvalita bydlení, rodina, společenské postavení na zdraví. prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc., zdroj: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/>

Plány na řešení nespravedlnosti ve zdraví mohou mít různá východiska. Jednou z možností je, soustředit se na konkrétní zdravotní problémy, ve kterých jsou patrné významné rozdíly mezi různými socioekonomickými skupinami. Výhodou tohoto postupu je jeho srozumitelnost pro zdravotníky i širokou veřejnost. V případě, výrazně ohrožených skupin (ženy, děti, etnické menšiny, přistěhovalci, uprchlíci, postižení, apod.) je nutné, aby zdravotní politika respektovala kulturní specifika včetně odlišnosti spojených s pohlavím a zajistila přístup k vhodné zdravotní péči a pomoci [3].

Ohroženým skupinám se musí v co největší možné míře finančně zajistit dostupnost zdravotní péče na stejné úrovni, jaká je poskytována ostatnímu obyvatelstvu [12].

Z uvedených souvislostí vyplývá, že rozvoj hospodářství a ochrana zdraví spolu úzce souvisí. Mnoho lidí v evropských zemích touží po změně, po hlubším smyslu a naplnění svých životů a po větší společenské odpovědnosti. Chtějí mít pocit, že jejich zdraví je v bezpečí a nabýt vědomí, že po celý svůj život budou mít v případě potřeby vhodnou a kvalitní zdravotní péči. Pocit zdraví přináší jistotu a souvisí se základním lidským právem každého jednotlivce na dobrý standard tělesného i duševního zdraví, včetně práva na dostatečnou zdravou stravu, práva na slušnou úroveň bydlení, práva na život a práci v bezpečném prostředí i práva na přístup ke vzdělání a informacím. [8].

## **2.2. Zdravotní politika a definice zdravotních potřeb**

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Zahrnuje směry činnosti, které působí na instituce služby a podpůrná zařízení včetně způsobů úhrady systému zdravotní péče. K hlavním cílům zdravotní politiky patří zejména uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a efektivní alokace zdrojů. [5].

Hlavními nástroji při realizaci zdravotní politiky jsou systémy zákonů, norem a standardů, finanční prostředky a způsoby jejich alokace (kolik, z jakých zdrojů, kam), instituce, informace, vyjednávání mezi účastníky procesu zdravotní péče. Cíle zdravotní politiky bývají rozpracovávány do konkrétnější podoby, kterou tvoří např.:

- **ekvita** v přístupu k určitému rozsahu zdravotní péče pro všechny občany,
- **vysoká kvalita zdravotní péče** – dobré výsledky a zlepšující se zdravotní stav,



- **makroekonomická hospodárnost** zdravotní péče dosahovanou stanovením žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu.

Zdravotní politiku v poslední době výrazně ovlivňují rostoucí náklady na zdravotní péči a to zejména ve spojitosti:

- se stárnutím populace
- s nárůstem chronických nemocí a invalidity
- se zvýšenou dostupností nových technologií a nových způsobů léčby
- s narůstajícími očekáváními veřejnosti.

Tyto skutečnosti vedou ke konfliktu mezi morálním požadavkem udržení solidarity a zachování charakteru zdravotní péče jako společenského problému na jedné straně a fiskálním požadavkem řízení nákladů na straně druhé. Jejich střet je hlavním zdrojem politických debat a východiskem pokusů o reformu zdravotní péče [6].

Zdravotní potřeba bývá definována jako zdůvodněný požadavek na preventivní, léčebnou nebo rehabilitační péči vyplývající z existující a vnímané poruchy zdraví nebo i rizik pro zdraví. Při řešení problémů souvisejících s uspokojováním zdravotních potřeb bývá uplatňován systémový přístup zahrnující tři důležité faktory:

- zdravotní stav obyvatelstva a jednotlivých populačních skupin,
- dosažená úroveň zdravotních a sociálních služeb ve vztahu ke zdravotnímu stavu obyvatelstva,
- lidské, finanční a materiálové zdroje potřebné k poskytování adekvátních služeb.

Podobně jako v ostatních zemích se i v našem zdravotnictví stále výrazněji projevuje propast mezi omezenými ekonomickými zdroji a trvale narůstajícími nároky, prudce se rozvíjející medicíny a péče o zdraví. Zdravotní politiku vzhledem k její podstatě je nutné směřovat do budoucnosti. Výsledky zdravotní politiky se projevují většinou ve změnách obrazu zdravotního stavu, až v průběhu čtyřiceti let nebo čtyř generací [4].

## **2.3. Faktory ovlivňující vývoj v oblasti nemocničních služeb**

Nemocniční služby ovlivňuje mnoho faktorů. Z nejširšího pohledu jsou nejčastěji uváděny demografické změny (stárnutí populace, prodlužování střední délky života, pokles porodnosti, migrace obyvatelstva), změny skladby nemocí (nárůst civilizačních chorob), změny rizikových faktorů (zdraví škodlivé návyky), změny očekávání veřejnosti (kvalita zdravotnické péče). Při vlastní realizaci nemocničních služeb jsou významným faktorem orgány veřejné správy s výkonnou pravomocí a uplatňování nástrojů řízení vedoucích ke zvyšování kvality péče a dosahování ekonomické efektivity.

### **2.3.1. Orgány veřejné správy ve zdravotnictví**

Vrcholným orgánem výkonné moci je vláda. Její činnost spočívá především v politickém vedení státní správy a organizování její činnosti. Výkon vládních funkcí v oblasti státní správy je pak realizován resortně uspořádanou soustavou ústředních orgánů státní správy a dalšími navazujícími správními úřady. V oblasti zdravotnictví je resortním orgánem Ministerstvo zdravotnictví, v jehož kompetenci je řešení zásadních otázek zdravotní politiky. Je to ústřední orgán státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém.

Od roku 2003 bylo mnoho činností na úseku zdravotnictví přeneseno na krajskou úroveň. Krajské úřady zajišťují konání výběrových řízení na poskytování ambulantní péče, provádějí registrace nestátních zdravotnických zařízení, vydávají rozhodnutí ve správním řízení, organizují činnost územně znaleckých komisí, zpracovávají koncepce zdravotní péče v kraji, atd. [7].

### **2.3.2. Legislativní rámec v oblasti zdravotnictví**

Uplatňování lidských práv a svobod v oblasti zdravotnictví se řídí Úmluvou o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny<sup>3</sup>. Tato úmluva, stejně jako ostatní smlouvy o základních lidských právech a svobodách, které byly

---

<sup>3</sup> Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, byla přijata 4. 4. 1997 v Oviedu. Jménem ČR byla podepsána ve Štrasburku dne 24. 6. 1998 a vstoupila v platnost 1. 10. 2001.

přijaty ČR, má v našem právním systému přednost před běžnými zákonnými normami. Součástí ústavního pořádku ČR je usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR, konkrétně oblast zdravotnictví je upravena článkem 31. V souladu s jeho ustanovením má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, za podmínek, které stanoví zákon. Na tuto ústavně právní normu navazuje poměrně obsažná zákonná úprava.

Poměrně široká škála zákonných úprav v oblasti zdravotnictví však vyžaduje inovaci legislativního prostředí vzhledem k aktuálním požadavkům na efektivní využívání prostředků ve zdravotnictví, maximální garanci dostupnosti a kvality zdravotní péče pro pacienty a způsoby úhrady její úhrady [7].

## ***2.4. Soustava zdravotnických zařízení a jejich organizační uspořádání***

Jednotlivé typy zdravotnických zařízení řeší praktické problémy. Proto je každý typ zdravotnického zařízení účelový, např.

- ambulantní a lůžková zařízení
- preventivní, léčebná a rehabilitační zařízení
- zařízení pro akutní a chronickou léčbu
- zařízení vzniklá na bázi medicínských oborů
- zařízení pro primární, sekundární a terciární léčbu

Příkladem jiné typologie je dvourozměrná typologie zdravotnických služeb, vychází z kombinace hledisek klasifikace a tříd institucí:

- **posloupnost kontaktů** - zařízení primární, sekundární a terciární,
- **naléhavost** – zařízení pro léčbu urgentní, akutní, následnou a chronickou,
- **místo poskytování** – zařízení pro léčbu v domácnosti, ambulanci, nemocnici a v ústavech,
- **činnosti instituce** – zařízení provádějící činnosti léčebné, podpůrné, pomocné, řídicí a správní.

Ze systémového hlediska je účelné dělit zdravotnická zařízení podle jejich začlenění do primární, sekundární a terciární péče. Tyto tři druhy péče by měly vytvářet pyramidu služeb z hlediska jejich účelné a hospodárné specializace [1].

Většina zdravotnických zařízení bez ohledu na jejich vlastníka funguje v režimu veřejných zdravotnických služeb. Vývoj struktury sítě zdravotnických zařízení se mění. Dlouhodobě klesá počet akutních lůžek v zařízeních ústavní péče, ale narůstá počet následné a ošetrovatelské péče.

#### **2.4.1. Primární péče**

Primární péče je poskytována jako ambulantní péče, jejíž součástí je i návštěvní služba. Cílem této péče je poskytovat ji co nejblíže sociálnímu prostředí pacienta, popřípadě zajištění její návaznosti na péči sociální. Primární péči zajišťují praktičtí lékaři v jednotlivých ordinacích a sdružených ambulantních zařízeních. Součástí je sledování a koordinace návaznosti primární zdravotní péče na péči sekundární. Primární péče je v České republice zachovávána ve čtyřech odbornostech praktického lékaře (praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé, praktický lékař gynekolog, praktický lékař stomatolog) [3].

#### **2.4.2. Sekundární péče**

Sekundární péči poskytují odborná, specializovaná a vysoce specializovaná ambulantní a nemocniční pracoviště zdravotnického systému.

Mezi základní obory akutní nemocniční péče patří:

- vnitřní lékařství - zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, posudkovou činností i výzkumem vnitřních nemocí postihujících jeden nebo více vnitřních orgánů,
- chirurgie - náplní je diagnostika, prevence a léčba chirurgických onemocnění. Charakteristickým rysem odlišujícím chirurgii od ostatních medicínských disciplín, je užívání chirurgických metod (operací), a to jak v diagnostice, tak především v léčbě. Základním oborem chirurgie je všeobecná chirurgie, na kterou navazuje celá řada specializací (hrudní chirurgie, traumatologie, cévní chirurgie, dětská chirurgie, kardiochirurgie, plastická chirurgie, onkochirurgie, gastroenterochirurgie, proktochirurgie, mikrochirurgie, miniinvazivní chirurgie a transplantační chirurgie),

- pediatrie - zabývá se dítětem a dospívajícím do 19 let, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije, sociálně právní ochranou dítěte,
- gynekologie a porodnictví - náplní oboru je prevence, diagnostika, léčba, dispenzarizace, posudková činnost a výzkum nemocí a poruch funkcí ženského pohlavního ústrojí a prsu, péče o ženu a plod v těhotenství, za porodu, v šestinedělí.

Specializovaná péče je péče, která je poskytována v rozsahu příslušné způsobilosti ambulantní i lůžkové péče. Je poskytována zpravidla na vyžádání praktického lékaře, popřípadě jiného ošetřujícího lékaře, a to převážně v návaznosti na primární péči. Ke specializovaným oborům lůžkové péče poskytované v nemocnicích patří: neurologie, infekce, ortopedie, oftalmologie (oční), TRN (plicní), urologie, ORL (ušní, nosní, krční), dermatovenerologie (kožní), ARO (anesteziologicko resuscitační oddělení).

Vysoce specializovaná péče je poskytována ve specializovaných nemocnicích a nemocnicích univerzitního typu. Vysoce specializovanými obory lůžkové péče jsou například: kardiologie, nefrologie, geriatrie, klinická onkologie, plastická chirurgie, nemoci z povolání, léčba metabolických onemocnění, dětské specializované obory a jiné.

K oborům s nejvyšší specializací, poskytovaných ve specializovaných nemocnicích, které nezajišťují komplexní spektrum odborností, ale zaměřují se pouze na některé z těchto oborů, se řadí například: neurochirurgie, kardiochirurgie, úrazová chirurgie, transplantace orgánové, transplantace kostní dřeně, popáleninová medicína, perinatologie a další.

V rámci této péče jsou ustavována Ministerstvem zdravotnictví transplantační, úrazová, neurochirurgická, popáleninová, perinatologická a kardiocentra. Ve všech oblastech poskytování zdravotní péče, při zajištění její kvality, sehrává významnou roli koordinace, plynulost a návaznost jednotlivých kroků poskytované péče. V rozsahu nezbytném pro zajištění její návaznosti je proto nutná vzájemná informovanost lékařů základní, specializované a vysoce specializované péče o zdravotním stavu pacienta [3].

### **2.4.3. Terciární péče**

Terciární péče představuje rehabilitační a následnou péči, jejímž cílem je obnovit ztracené nebo omezené tělesné a psychické funkce k zachování soběstačnosti. V případě nevyléčitelně nemocných a umírajících poskytuje důstojný odchod ze života. Tato péče je

poskytována v odborných léčebnách, lázních, léčebnách dlouhodobě nemocných, v hospicích apod. [6]

## **2.5. Role a funkce nemocnic**

Základní funkcí nemocnic ve zdravotnickém systému je poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Nemocnice je definována jako „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržité lékařské a ošetrovatelské služby“ [6].

Vedle základních funkcí plní některé nemocnice i funkce další: jsou střediskem pregraduální a postgraduální výchovy lékařů a ostatního zdravotnického personálu, vykonávají zdravotně výchovnou činnost, jsou nositeli klinického výzkumu, aj. Nemocnice se třídí podle různých hledisek, např. podle:

1. průměrné délky ošetrovací doby: na nemocnice pro akutní péči (do třiceti dnů) a nemocnice pro dlouhodobě nemocné;
2. typu vlastnictví jsou klasifikovány na:
  - nemocnice ve vlastnictví a správě státu (velké nemocnice, univerzitní, fakultní, vojenské),
  - veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě měst a obcí, krajů
  - soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných organizací, aj.,
  - soukromé nemocnice typu akciových společností založené na podnikatelském principu;
3. převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na všeobecné a specializované. Všeobecné nemocnice se dále třídí podle rozsahu prováděných služeb a dalších kritérií. Jedním z nich bývá i rozsah lůžkového fondu nemocnice, kdy se dělí na nemocnice malé (do 300 lůžek), nemocnice střední (do 600 lůžek) a nemocnice velké (nad 600 lůžek). Specializované nemocnice mají v České republice převážně charakter odborných léčebných ústavů (psychiatrické léčebny, léčebny pro respirační nemoci, apod.)

Každá nemocnice se člení v podstatě na tři samostatné subsystémy:

1. Pracoviště léčebně preventivní péče zahrnující jednotlivá specializovaná oddělení či kliniky členěné podle lékařských oborů, dále pracoviště společných vyšetřovacích složek, zahrnující laboratorní a přístrojová pracoviště, která poskytují specializované služby všem oddělením.
2. Subsystém zahrnující pracoviště logistického typu, vykonávající podpůrné činnosti související s plynulým chodem nemocnice (stravovací provoz, dopravní služba, energetika, aj.)
3. Subsystém manažerský a ekonomicko-správní zahrnuje vrcholový management nemocnice (ředitel a vedoucí pracovníci), management střední úrovně (primáři a vrchní sestry oddělení) a management na prvním stupni řízení (vedoucí stanic, staniční sestry, aj.). Ekonomicko-správní pracovníci mají důležitou podpůrnou úlohu při ekonomickém řízení nemocnice.

Nemocnice tvoří v současné době podstatnou součást infrastruktury ekonomik vyspělých zemí. Jsou významnými zdroji pracovních míst a důležitými odběrateli mnoha průmyslových podniků. Stejně jako jiné hospodářské organizace musí nemocnice dobudovat kvalifikované účetnictví a informační systém, zavést moderní metody řízení provozu, vytvořit odpovídající nástroje řízení kvality, marketingu, rozpočtu a kontroly. Kvalitní péče musí být rozvíjena na zdravém hospodářském základě. Pro všechny útvary nemocnice je efektivní vedení stejně důležité jako odborná medicínská péče.

V posledních letech se ve vývoji nemocniční péče projevují některé obecné tendence zejména:

- snahy o optimalizaci lůžkového fondu nemocnic z hlediska kapacit, struktury a celkové efektivity,
- postupné snižování průměrné délky ošetrovací doby, která se u akutních lůžek pohybuje pod úrovní osmi dnů,
- dochází ke snižování počtu lůžek a k tlaku na obsazení lůžek,
- některé výkony dříve prováděné v nemocnicích se přesouvají do ambulantní péče,
- projevují se snahy reprofilizovat lůžkový fond akutní péče ve prospěch lůžek pro dlouhodobě nemocné,

- hledají se způsoby financování nemocnic k motivaci nemocničních týmů, aby byla posilována kvalita a racionální využívání prostředků,
- hledají se způsoby dostupnosti lékařsky opodstatněné nemocniční péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební možnosti,
- pozornost je orientována na zkoumání účinnosti a efektivnosti nových medicínských technologií,
- probíhají reformy nemocniční péče zaměřené na zvyšování kvality a efektivity.

Na úrovni krajů se rozvíjejí odborné přístupy k řízení zdravotní péče. Odbory zdravotnictví krajských úřadů v součinnosti s manažerskými systémy a informačním systémem Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky dovedou kvalifikovaně analyzovat získané informace a poskytovat podklady pro kompetentní řízení. Jedním z prioritních úkolů odboru zdravotnictví krajských úřadů je rozbor aktuální situace a návrh vývoje sítě zdravotnických zařízení v regionu v návaznosti na potřeby obyvatel a v neposlední řadě i rozvoj možností motivace lidí k péči o vlastní zdraví.

## **2.6. Vývoj systému zdravotního pojištění a financování v ČR**

Financování zdravotní péče má dvě základní funkce: 1. umožňovat poskytování zdravotnických služeb tím, že zdravotnická zařízení i zdravotničtí pracovníci dostanou za jejich poskytnutí náležitou úhradu. 2. regulační funkce zahrnuje např. možnosti ekonomické motivace, popřípadě sankce. Pro správnou činnost regulace zdravotnického systému, jsou důležité obě funkce. Spravedlivá úhrada za dobře vykonanou práci je významným ekonomickým i morálním stimulem. I když dominantní metodou úhrad za zdravotnické služby je zákonné zdravotní pojištění, je možné metodicky uplatňovat i další možnosti (např. zapojování občanů, a v rámci možnosti i zvyšování podílu vynakládaných prostředků na zdravotní péči) [2].

Od roku 1951 převzal finanční zabezpečení zdravotnictví státní rozpočet a finanční prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo ministerstvo zdravotnictví Krajským a Okresním národním výborům přísně účelovým způsobem. Zdravotní péče se stala pro občana bezplatnou, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Základním článkem sítě zdravotnických zařízení se stal zdravotnický obvod, v jehož rámci byla poskytována zdravotní péče pro dospělé, ženy, děti a stomatologická péče. Vznikly



krajské a okresní ústavy národního zdraví, které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční. Důsledkem bylo neekonomické zacházení se zdroji a nepružné reakce na potřeby obyvatelstva. Ukazatele zdravotního stavu se začaly zhoršovat a zdraví i zdravotnictví se ocitlo v krizi [2].

Základem pro vznik zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven byla snaha změnit kvalitu vztahu občana ke své budoucnosti, ke svému zdraví a vůbec k postoji svého života. Zdravotní pojištění, je pojištění před mimořádnými náklady, které by občan musel uhradit v případě léčení nemoci nebo úrazu.

Po politické přeměně v roce 1989 byly prosazovány dva základní způsoby financování, a to kombinace úhrady v závislosti na počtu registrovaných pacientů a úhrady dle provedených výkonů. Zásadním důvodem pro zavedení veřejného zdravotního pojištění bylo zachování solidarity, motivace obyvatel k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav a motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejvyšší a nejefektivnější péči. Model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva má původ v německém zákonodárství z roku 1883, který byl označován jako Bismarkovský systém.

V novém systému zdravotnictví v ČR v období 1990-1993 byl propagován tržní mechanismus pod hlavičkou národního zdravotního pojištění. Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí a nepřipustění monopolu jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Na základě tohoto zákona vzniklo dalších 26 zdravotních pojišťoven. Konkrétní výši pojistného řeší zákon č. 592/92 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu, u osob v zaměstnaneckém poměru pak zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 %.

**Zdravotní pojišťovny** jsou subjekty, které provádějí nákup a organizaci zdravotních služeb. V souladu se zněním § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. V souladu s ustanoveními §20 a §21 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dochází k přerozdělování finančních částek, které byly odvedeny plátcí zdravotního pojištění. Při Všeobecné zdravotní pojišťovně je zřízen zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Ten slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním na základě přerozdělování pojistného a dalších

příjmů zvláštního účtu, podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Na dodržování pravidel hospodaření dohlíží dozorčí orgán ustavený k tomuto účelu [25].

Provoz s vybraným pojistným začal až v roce 1993, příjmy pojišťoven byly tvořeny platbami pojistného od pojištěnců a zaměstnavatelů. Výdaji pojišťoven byly platby za poskytnutou zdravotní péči podle smlouvy uzavřených se zdravotnickými zařízeními. Zdravotní péče byla hrazena platbami za výkon. To vedlo na jedné straně k většímu zájmu o pacienta, ale na druhé straně k velmi rychlému nárůstu na zdravotní péči. K fungování nového zdravotního systému patří privatizace zdravotnických zařízení, která byla zahájena v roce 1992 na základě zákona č. 160/92 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. V té době vzrostla neúměrně nabídka ambulantních specialistů, což vedlo k nadměrnému čerpání finančních prostředků bez efektu na zdravotní stav obyvatel.

V roce 2002 byla v České republice u praktických lékařů péče hrazena kapitačně-výkonovou platbou, která je spojena s finančním zainteresováním lékaře na celkových nákladech na léčení u něj registrovaných pacientů. U ambulantní specializované péče je úhrada realizována platbou za výkon. Nemocniční péče je důležitou a nákladnou částí systému zdravotní péče. Původně hradily pojišťovny nemocnicím provedené výkony.

V současné době jde o paušální platby stažené k referenčnímu období (1 rok) předcházejícího roku. V nemocnicích se začíná zavádět systém DRG (diagnosis related group)<sup>4</sup> platby za diagnostickou jednotku. Zdravotní péče je pojišťovnami uhrazována bez ohledu na její kvalitu a výsledný efekt na zdraví občanů. V důsledku toho jsou stále prováděna zbytečná nebo duplicitní vyšetření, dochází i ke špatně indikované nebo zbytečné léčbě.

Minulý systém neumožňoval individuální rozhodování o rozsahu a kvalitě poskytnuté zdravotní péče. Občan neměl žádnou legální možnost, ovlivnit dobu zdravotní péče, kterou v případě potřeby čerpal, ani výši prostředků, které na ni v pojistném vynaložil. Kromě oprávněné solidární podpory nemocným a nemajetným systém poskytuje solidární podporu

---

<sup>4</sup> Diagnosis-related group (DRG, česky: *klasifikační systém DRG*) je systém klasifikace klinických případů do přibližně 500 skupin, též označovaných jako DRG, majících podobné nároky na využití zdrojů. Systém byl vyvinut pro americký systém zdravotní péče Medicare, jako budoucí platební systém. Skupiny se přiřazují pomocí "grouperu" (seskupovacího programu) na základě diagnóz Mezinárodní klasifikace nemocí, procedur, věku, pohlaví a přítomnosti komplikací nebo přidružených onemocnění. Systém DRG se používá od roku 1983 k určení, kolik se v systému Medicare platí nemocnicím, protože pacienti v každé kategorii jsou po klinické stránce podobní a očekává se, že budou využívat stejný objem prostředků nemocnice., zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/DRG>

osobám, systém zneužívajícím a osobám úmyslně neplaticím pojištění. Uplatnění zdravotního pojištění umožnilo oddělit financování zdravotní péče od státního rozpočtu, zprůhlednilo financování zdravotnictví a vytvořilo základní předpoklady pro systematické prohlubování a zkvalitňování zdravotní péče [1].

## **2.7. *Ekonomika zdravotnické instituce***

Jakákoliv zdravotnická instituce působící na území státu musí vycházet z platných obecných i specifických právních norem. Postavení zdravotnické instituce jako firmy a její působení je dáno úrovní, kvalitou, dimenzí a rozsahem hospodářské legislativy státu. Právní regulace zdravotnických služeb a činností spjaté s výkonem zdravotní péče jsou dále regulovány v obecných právních normách, jako je občanský, trestní, zákoník, správní zákon a četné další legislativní opatření typu vyhlášek ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, apod.

Poskytování zdravotnické péče je citlivou záležitostí vyžadující vysokou odbornost, kvalifikovaný a humánní přístup k nemocným a trpícím lidem. Ekonomika konkrétní zdravotnické instituce je odvislá nejen od čistě ekonomických faktorů úspěšnosti (od odborné pověsti, výkonnosti, vstřícnosti vůči lidem, rozsahu nabídky, produktivity, rychlosti a množství výkonů, spokojených pacientů), ale do značné míry souvisí i s právní formou výkonu povolání, resp. právní formy zdravotnické instituce.

Každou zdravotnickou instituci lze považovat za komplex složený ze souborů různých prvků směřujících k určitému cíli. Prvky a vazby mezi nimi musí být nasměrovány a řízeny tak, aby bylo dosaženo společného cíle [6].

### **2.7.1. Náklady**

Náklady představují vyjádření spotřeby věcných prostředků a práce. Náklad je penězi vyjádřená částka, kterou je třeba vynaložit, aby byly získány výnosy. Náklady jsou jedním ze základních ekonomických ukazatelů úrovně ekonomické efektivity firmy. Úkolem managementu nemocnice, je náklady žádoucím směrem ovlivňovat. Řízení nákladů vyžaduje podrobné znalosti nejen o jejich absolutní výši, ale také o jejich skladbě, místech vzniku a možnostech eliminace či snížení. Náklady se třídí podle různých hledisek:

- a) podle druhu (materiálové, mzdové, finanční, odpisy, výrobní režie, správní režie, apod.). Toto hledisko lze také označit jako hledisko kalkulační (účetní), neboť v tomto

členění se náklady zobrazují jak při sestavování kalkulací, tak při účetním vyčíslení. Z účetního hlediska tyto náklady kumulujeme a v účetním výkaze „výkaz o zisku a ztrátě“ zobrazujeme tyto náklady jako provozní, finanční a mimořádné. Stejným způsobem jsou pak v účetním výkaze členěny i výnosy.

- b) podle účelu (přímé a nepřímé). Přímé náklady jsou typické tím, že je lze stanovit přímo a přesně na kalkulační jednotku (např. na pacienta, oddělení, kliniku, apod.), to lze např. u materiálu či mezd zaměstnanců. Nepřímé náklady (režijní) nelze stanovit na kalkulační jednotku přímo, je nutno je určitými metodami (např. průměry) rozpočítat na celkový počet výstupů, typickými představiteli je použití energie (výrobní režie) nebo poplatky za telefony (správní režie).
- c) podle vztahu nákladů k objemu produkce-náklady stálé (pevné), náklady proměnné (variabilní). U pevných nákladů platí, že se jejich výše nemění v závislosti na objemu činnosti, např. počtu ošetřených či léčených pacientů (náklady na topení). Náklady proměnné se mění s rozsahem činnosti: rovnoměrně (spotřeba přímého materiálu), progresivně (odměny za práci přesčas), degresivně (přepravné). Fixní náklady jsou často významnou složkou nákladů např. ve velkých nemocnicích představují až 75 % celkových nákladů (jde o relativně stálé náklady spojené s udržením určitého počtu lůžek, přístrojového vybavení, pracovníků, atd.).
- d) náklady můžeme ještě rozdělit: na *explicitní* – jde o náklady, které je třeba reálně vynaložit v peněžní podobě na nákup nebo nájem produkčních faktorů (mzdové náklady, nákup zařízení, materiálu, atd.). V účetnictví je můžeme zjistit jako skutečně vynaložené náklady, a *implicitní* – to jsou náklady, které se reálně neplatí. Jedná se o „ušlý příjem“ z produkčních faktorů, které jsou ve vlastnictví daného ekonomického subjektu. Každý ekonomický subjekt má vždy dvě možnosti: může se svými výrobními faktory sám vykonávat svou činnost nebo své produkční faktory pronajmout jinému ekonomickému subjektu (např. pronajme na určitou dobu operační sál soukromému lékaři). Implicitní náklady jsou tedy alternativní náklady výrobních faktorů ve vlastnictví majitele či provozovatele, kdežto explicitní náklady jsou alternativní náklady používání cizích výrobních faktorů.

### **2.7.2. Výnosy**

Výnosy jsou oceněné výkony činnosti. Úhradou zdravotnických služeb vznikají první výnosy. Součástí celkových výnosů mohou být i neprovozní (druhotné výnosy). Příkladem

provozních výnosů jsou především tržby za realizované období (za výkony), respektive příjmy. Rozdíl mezi výnosem a příjmem je dán právním aspektem, výnos je právem na příjem, tedy nárokem, příjem je realizované právo. Příkladem neprovozních výnosů jsou většinou částky nájemného, příjmy z vkladů, apod.

Přirozenou snahou každého podnikatelského subjektu je zvyšování příjmů. Výnosy podnikání by měly být alespoň takové, aby pokryly náklady. V tom případě by podnikatel zabezpečil alespoň prostou reprodukci výrobních faktorů. Snahou každého ekonomického subjektu však musí být dlouhodobé dosahování zisku [5].

### **2.7.3. Výsledek hospodaření – zisk nebo ztráta**

Výsledkem hospodaření se vždy k určitému času vyjadřuje hospodaření ekonomických subjektů. Subjekty účtující v jednoduchém účetnictví předkládají zkrácený výkaz o výsledku hospodaření účetního (kalendářního) roku na formuláři daňového přiznání, v České republice tzn. k 31. 3. následujícího roku. Právnícké osoby vzniklé podle obchodního zákoníku a příspěvkové organizace zřízené zakladatelem vedou povinně podvojně účetnictví s měsíční závěrkou. Výsledek hospodaření představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady firmy za určité období.

Výsledkem hospodaření může být zisk nebo ztráta. Celkový zisk znamená, že k danému termínu jsou celkové výnosy vyšší než celkové náklady, v opačném případě vzniká ztráta. V podvojném účetnictví se ještě sledují dílčí kategorie zisku nebo ztráty vyplývající z vnitřního členění výnosů i nákladů (jako výsledek hospodaření provozní, finanční a mimořádný). Při analýze ziskovosti je třeba věnovat pozornost právě faktoru, která část výsledku hospodaření působila na jeho celkovou úroveň (např. zda se nejedná pouze o mimořádný výsledek způsobený mimořádnými náklady či výnosy nad stabilní úroveň). Analýza výsledku hospodaření patří k základním činnostem a povinnostem každého odpovědného manažera či vlastníka.

Zisk je předpokladem tvorby dalších zdrojů, investic a technického rozvoje. Maximalizace zisku je možná dvěma směry:

- snižováním nákladů, hledáním úspor, zaváděním nových opatření, uplatňováním technického pokroku, které vede ke zvyšování produktivity práce a tím ke snižování nákladů,
- maximalizací výnosů.

V podmínkách dokonalé konkurence je zvyšování příjmů relativní ke zvyšování objemu činnosti, v podmínkách nedokonalé konkurence však může v určité hranici i růst objemu činnosti vést k poklesu příjmů. Firma nemusí brát v úvahu vždy ziskovost jednotlivých druhů služeb či produktů, ale uvažuje v kategorii celkového zisku firmy [5].

#### **2.7.4. Specifické problémy posuzování zisku ve zdravotnictví**

Při hodnocení významu zisku i ztráty zdravotnických zařízení je třeba posuzovat ekonomické parametry zdravotnické péče ze širšího pohledu, než je to obvyklé v jiných oblastech národního hospodářství. Čistě ekonomický zájem poskytovatele nemusí být v daných legislativních podmínkách totožný se zájmem pacienta či celé společnosti. Je skutečností, že při čistě ekonomicky nastavených parametrech mohou být prováděny nadbytečné výkony jen proto, že jsou ekonomicky dobře ohodnoceny, zatím co drobné preventivní zásahy s malým příjmem mohou být zanedbány. Ve zdravotnictví rozlišujeme hospodaření tří typů subjektů:

##### **a) hospodaření soukromých subjektů – fyzických osob**

Tyto zdravotnické subjekty pracují na bázi samofinancování. Vedou převážně jednoduché účetnictví a jsou poplatníci daně z příjmu fyzických osob. V režimu fyzických osob pracuje řada zdravotnických subjektů a v celku jejich hospodaření je ekonomicky úspěšné. Jedná se vždy o soukromé poskytovatele zdravotnických služeb (např. všeobecní a odborní lékaři).

##### **b) hospodaření soukromých subjektů – právnických osob**

Základní ekonomické principy poskytování zdravotnické péče při tomto kolektivním výkonu poskytovatelů spojených různými ekonomickými a právními vazbami v závislosti na zvolené právní formě existence právnické osoby se od sebe liší především ve způsobu rozdělování zisku (či úhrady ztráty, velikosti či způsobu ručení za závazky právnické osoby i ekonomickými charakteristikami vedení účetnictví a platby daně z příjmu. Právnické osoby musí být zapsány v obchodním rejstříku a to vyžaduje vedení podvojného účetnictví. Každá právní forma právnické osoby má své výhody i nevýhody. Oproti fyzickým osobám bylo zaznamenáno několik konkursů na tato zdravotnická zařízení.

### **c) hospodaření příspěvkových organizací**

V České republice bylo ke konci roku 2009 z celkového počtu evidovaných 191 nemocnic v pozici příspěvkových organizací cca 24 %. Princip jejich hospodaření je odlišný od zdravotnických zařízení na bázi zisku. U příspěvkové organizace poskytuje zřizovatel (ministerstvo zdravotnictví, krajské úřady, nebo obce) v rámci svého rozpočtu příspěvek na provoz a příspěvek do investičního fondu, který je významným zdrojem příjmů, to však není hlavní zdroj. K hlavním řadíme příjem od zdravotních pojišťoven. Dalšími zdroji příjmů mohou být např.:

- prostředky získané doplňkovou činností
- prostředky z příspěvků a darů od fyzických a právnických osob
- prostředky od státních fondů, atd.

Zřizovatel poskytuje příspěvek investiční a neinvestiční. Tyto prostředky uvolňuje na základě stanoveného limitu výdajů. Zlepšeným výsledkem hospodaření příspěvková organizace většinou uhradí ztráty z minulých let, jeho rozdělení, ale podléhá schválení zřizovatele, který může také nařídít odvody. Pro účtování nákladů na zdravotnickou instituci platí jednotná účetní osnova. Narůstající ztráty v hospodaření příspěvkových organizací se stávají základním ekonomickým problémem [6].

## **2.8. Úhrady nemocniční péče**

V evropských zemích byly používány tyto způsoby: úhrady za poskytnuté služby, provedené výkony; úhrady za ošetřovací den; úhrady za ošetřovaný případ, globální rozpočty.

**Úhrada za ošetřovací den.** Jde o metodu administrativně jednoduchou, která v úhradách nemocniční péče v zemích se systémem zdravotního pojištění do poloviny 80. let naprosto převládala. Používané sazby mohou být stanoveny jako průměrné za veškeré poskytnuté služby, nebo mohou být stanoveny pouze za základní služby a pak jsou kombinovány s úhradami za speciálně určené výkony (např. operační), nebo mohou být stanoveny bez odměn lékařům, kteří jsou placeni podle jiných pravidel. Nevýhodou této metody bylo nebezpečí řešení ekonomických problémů nemocnice, prodlužováním pobytu pacienta v ústavu, aniž by to bylo potřeba z hlediska diagnostiky a léčby. Vývoj skutečných nákladů nemocnice vykazuje vyšší náklady v počátečním období pacienta a jejich pokles

v dalších fázích jeho pobytu, což je při stabilních sazbách za den, po celou dobu pobytu pro zařízení výhodné.

**Úhrada za výkony.** Je úzce svázána s provedenými službami obvykle podle daného sazebníku. Po zúčastnění je transparentní, současně však vyvolává dosti značné nároky na potřebná specifická data a jejich včasné zachycení. Představuje pevné určení příjmů nemocnice provedenými výkony. Právě tato poslední okolnost vede ke snaze o poskytnutí co největšího kvanta služeb, což může pozitivně působit z hlediska možností přijímání potřebných pacientů do péče nemocnice, ale současně často i k výběru prováděných výkonů podle jejich finanční výhodnosti, případně i k provádění s hlediska lékařského nepotřebných výkonů, někdy i za cenu snížené kvality péče a z hlediska celkových nákladů na zdravotnictví vzniká pak obvykle velký nárůst.

**Úhrada za případ.** Jde o metodu vyskytující se v různých modifikacích, kterou v zásadě lze rozdělit na dvě skupiny:

- model, kdy se úhrada provádí za jeden případ péče bez ohledu na druh léčené choroby
- model, kdy se úhrady provádějí podle objektivního hodnocení nákladů na standardizované případy v rámci homogenních skupin podle diagnóz

První model má výhodu v relativní jednoduchosti a ve svém důsledku představuje podnět ke zvyšování příjmů pacientů. Není při ní přímý vztah mezi skutečně vynaloženými náklady a poskytovanou úhradou. Druhý model se v poslední době hojně rozšiřuje. Vznikl v USA s cílem snižování nákladů a je znám obecně jako systém DRG. Na jedné straně tento nástroj představuje poměrně objektivní měření výkonů a tím i objektivního hrazení služeb. Současně je ovšem velmi náročný z hlediska podkladů o výkonech i nákladech a pracnosti. Z hlediska oboru, skupin pacientů, na něž je zaměřena, byla vypracována řada těchto modelů s ohledem na specifické podmínky, v níž má být uplatňována. Existuje při tom úzký vztah vynaložených nákladů a poskytnutých úhrad. Důsledky zavedení systému DRG:

- zkrácení průměrné doby hospitalizace
- zvyšování tzv. case-mix indexu – zvyšování stupně závažnosti choroby hospitalizovaného pacienta
- snížení počtu diagnostických výkonů a doby hospitalizace na nákladných odděleních intenzivní péče



- rozdělení hospitalizace dlouhodobě nemocných pacientů na několik kratších hospitalizací
- tendence k převádění finančně rizikových pacientů do jiných zařízení
- rozšíření před – a po – hospitalizační péče
- rozšíření ambulantní péče
- lepší propojení různých úseků zdravotní péče
- snižování dobrovolných aktivit, jako je klinický výzkum a vzdělávání
- snížení míry růstu lůžkové péče, posílení péče ambulantní
- zvýšení zisku nemocnic
- snaha o získání pacientů k výkonům v ziskově výhodných oborech
- rozšíření personálu v oborech, o něž je vysoký zájem a v oborech ziskových

**Úhrady dle rozpočtu.** Úhrada nemocnici je stanovena pevnou částkou na dané období (obvykle rok) a tato částka nemá být překročena. Z hlediska stanovení celkové částky prostředků existují v zásadě dva modely:

- model stanovení rozpočtových částek za jednotlivé skupiny nákladů, jejichž součet dává pak celkový rozpočet nemocnice (tzv. line - item model)
- model rozpočtu globálního, kdy je stanoven rozpočet úhrnně za celou nemocnici. Rozpočtové částky jsou stanoveny buď podle nákladů minulého období, nebo na základě předpokládaného vývoje určených kritérií v rozpočtovém období.

Předností tohoto způsobu z hlediska plátce je, že mu dává možnost stanovení výše nákladů a působí směrem k omezení celkového růstu objemů poskytovaných služeb podle zájmu zařízení o vyšší příjmy, přičemž zdravotnickému zařízení ponechává určitou volnost z hlediska způsobu využívání zdrojů uvnitř limitu daného rozpočtem. Jde o metodu, jejíž aplikace vyžaduje dosti rozsáhlé znalosti o objemu a struktuře poskytovaných služeb. Vzniká při tom nebezpečí z určitého omezení prostředků nemocnice ve srovnání s potřebami, a na druhé straně nebezpečí vynakládání prostředků neúčelně (jen pro konečné vyčerpání rozpočtových částek). Vzhledem k relaci náročnosti výkonů a poskytovaných prostředků se někdy objevují u tohoto modelu i snahy o výběr pacientů podle náročnosti potřebné péče a jejich případné přesouvání do jiných zařízení v případě ekonomické nevýhodnosti [13].

**Regulační poplatky.** Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 270/2008 Sb. a zákonem č. 59/2009 Sb. byla některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. (dále jen „zákon“) změněna a doplněna. Zásadní změnou mající dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékárenské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Regulační poplatky byly zavedeny od 1. 1. 2008 za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb. Regulační poplatky platí pojištěnec, za dítě jeho zákonný zástupce. Způsob výběru záleží na zdravotnickém zařízení. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně. Ti jsou povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality zdravotnické péče. Pokud výše poplatků, které musí pojištěnec za daný rok uhradit, přesáhne takzvaný ochranný limit 5 000 Kč (u dětí do 18 let a osob starších 65 let 2 500 Kč), jeho pojišťovna mu částku navíc vrátí, a to do 60 dnů od uplynutí čtvrtletí, ve kterém k překročení limitu došlo. Pokud je však daná částka nižší než 50 Kč, uhradí ji pojišťovna až po uplynutí kalendářního roku. Do tohoto limitu se ale započítávají jen některé poplatky. Regulační poplatky jsou stanoveny ve výši 30 Kč za návštěvu lékaře, 30 Kč za výdej léku na předpis, 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebném nebo lázeňském ústavu a 90 Kč za návštěvu pohotovosti.

### **3. SUBJEKTY ZAJIŠŤUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI NA ÚZEMÍ KRAJE**

Léčebně-preventivní péče je zajišťována prostřednictvím soustavy zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení mají svou právní subjektivitu (právní osoba), která má konkrétní cíle, plnění svých úkolů, je vybavena potřebnými pravomocemi a má své povinnosti. Jsou zřizována státem, krajem, soukromými a jinými subjekty [3].

#### **3.1. *Základní charakteristika Moravskoslezského kraje***

Moravskoslezský kraj leží v nejvýchodnější části České republiky. Severovýchodní hranice kraje tvoří státní hranice s Polskou republikou a na jihovýchodě je kraj ohraničen státní hranicí se Slovenskou republikou. Vnitrostátní hranici tvoří na jihozápadě kraj Olomoucký a na jihu kraj Zlínský. Kraj svou rozlohou 5554 km<sup>2</sup> zaujímá 7% plochy České republiky. Území Moravskoslezského kraje je vymezeno šesti okresy: Bruntál, Opava, Ostrava, Nový Jičín, Karviná a Frýdek-Místek. V kraji žije 1,28 milionů obyvatel, což představuje 12,5% obyvatel České republiky. V kraji se nachází 302 obcí z toho 39 měst, ve kterých žije více než 77 % obyvatel. Krajským městem je město Ostrava. Počtem obyvatel se kraj řadí na 1. místo v ČR. Hustotou zalidnění 231 obyvatel na 1 km<sup>2</sup> se kraj nachází na 2. místě, což svědčí o vysoké civilizační koncentraci. Podíl městského obyvatelstva je ve srovnání s jinými kraji v ČR nadprůměrný. V krajské metropoli žije čtvrtina obyvatel kraje a ve městech nad 10 tisíc obyvatel 67 % obyvatel kraje. Okresem s největší výměrou plochy je Bruntál (1659 km<sup>2</sup>), který patří do Euroregionu Praděd a vznikl v roce 1997. Euroregion Silesia v okrese Opava vznikl v roce 1998 a Euroregion Těšínské Slezsko vznikl na severovýchodě Frýdecko-Místecka. Euroregion Beskydy je nejmladším a všestranně spolupracuje se Slovenskem a Polskem [9].

Historický vývoj kraje byl ovlivněn strukturou ekonomiky, především nadprůměrnou koncentrací odvětví těžby uhlí, ocelářským průmyslem a těžkým strojírenstvím. Jejich útlum a restrukturalizace se v Moravskoslezském kraji projevila vysokou mírou nezaměstnaností, která se po roce 2000 dostala nad 15 %.

Moravskoslezský kraj se řadí z hlediska životního prostředí k nejzatíženějším oblastem v České republice. Postiženy jsou všechny složky životního prostředí, kontaminace

půd a podzemních vod, znečištění povrchových vod a znečištění ovzduší. Stav životního prostředí má vliv na zdravotní stav obyvatelstva a s ním spojené sociální a ekonomické důsledky.

K charakteristickým rysům populačního vývoje posledních let patří stárnutí populace, díky snižování podílu dětské populace. Stárnutí obyvatel je nejvýraznějším populačním problémem nejen Moravskoslezského kraje, ale i celé České republiky. K základním rysům populačního vývoje v Moravskoslezském kraji v posledních letech patří zejména: pokles porodnosti, snižování počtu potratů, počet zemřelých převyšuje počet narozených, celkový počet obyvatel kraje se snižuje důsledkem přirozeného přírůstku a přírůstku stěhováním, který je záporný.[9].

### **3.2. Zdravotní stav obyvatelstva v Moravskoslezském kraji**

Zdravotní stav obyvatelstva v Moravskoslezském kraji je mapován na základě povinných hlášení, výkazů a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Na základě nejdůležitějších ukazatelů je následně posuzován zdravotní stav populace – výskyt zhoubných novotvarů, přenosných a pohlavních nemocí, TBC, onemocnění diabetem, onemocnění dětí a dorostu, vrozené vady, pracovní neschopnost pro nemoc a úraz, nemoci z povolání a ukazatele hospitalizace. Nemoci oběhové soustavy jsou skupinou nemocí, která je v naší populaci nejčastější. V roce 2008 bylo hospitalizováno v nemocnicích ČR 273 413 pacientů bydlících v Moravskoslezském kraji. Pro nemoci oběhové soustavy byli nejčastěji hospitalizováni muži i ženy (15,2 %), pro nemoci trávicí soustavy (9,4 %) a pro novotvary (9 %). Průměrná ošetrovací doba činila 6,6 dne.

Velmi závažným onemocněním jsou zhoubné novotvary a jejich výskyt má stále rostoucí trend. Po roce 2006 má největší výskyt nově hlášených onemocnění zhoubnými novotvary okres Ostrava, na 100 tisíc mužů 770,4 (průměr za kraj 703,6, průměr za ČR 731,7) a na 100 tisíc žen 737,8 (průměr za kraj 622,8, průměr za ČR 670,6). Poměr mužů 51,9 % a žen 48,1 % činil u hlášených onemocnění zhoubným novotvarem. Nejčastějšími byly zhoubné novotvary kůže, u mužů prostaty a žen prsu [14].

### **3.3. Sít' nemocničních zařízení na území Moravskoslezského kraje**

Bez ohledu na zřizovatele sít' zařízení ústavní péče tvořilo k 31. 12. 2008 celkem 18 nemocnic se 7 026 lůžky, 20 odborných léčebných ústavů se 2 976 lůžky a 3 lázeňské léčebny s 1 815 lůžky. V nemocnicích kraje bylo evidováno 6 686 akutních lůžek, z toho 850 pro děti a 340 lůžek následné péče. Na 10 000 obyvatel kraje připadalo v průměru 56 (ČR 60) nemocničních lůžek, 24 lůžek v odborných léčebných ústavech a 15 lůžek lázeňských [14].

#### **Nemocnice v Moravskoslezském kraji dle zřizovatelů, popř. zakladatelů:**

- Fakultní nemocnice v Ostravě – zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví
- Městská nemocnice Ostrava, p.o. a Městská nemocnice Odry, p.o. – zřizovatelem je město
- Bohumínská městská nemocnice, a.s. – zakladatelem je město Bohumín
- Nemocnice Podlesí a.s. (Třinec), Podhorská nemocnice a.s. (Rýmařov), Podhorská nemocnice a.s. (Bruntál), Vítkovická nemocnice, a.s., Karvinská hornická nemocnice a.s., Nemocnice Český Těšín a.s. – zakladatelem je jiná právnická osoba
- Bílovecká nemocnice, a.s. - zakladatel a jediný vlastník je Moravskoslezský kraj
- Nemocnice Třinec, p.o., Slezská nemocnice v Opavě, p.o., Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, p.o., Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj p.o., Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. – zřizovatelem je kraj

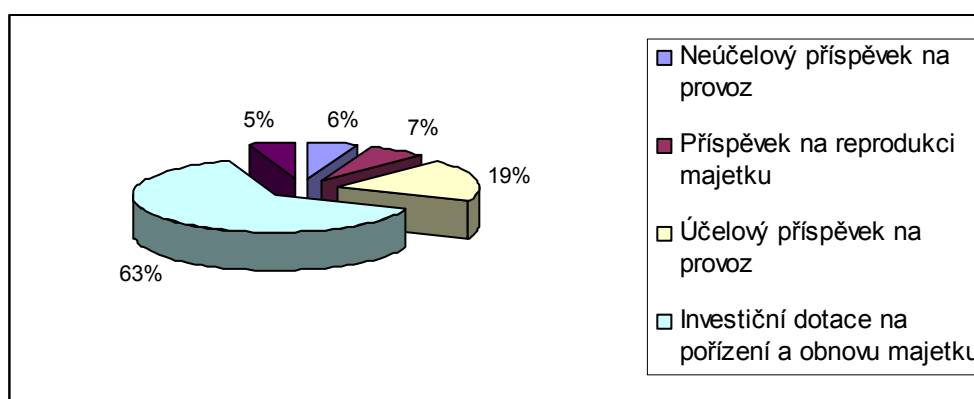
Počet hospitalizovaných v nemocnicích kraje zaznamenal v roce 2008 ve srovnání s rokem 2007 pokles na 244 381, průměrná doba pobytu pacienta na lůžku se zkrátila o 0,3 dne na 7,16 dne a roční využití lůžek ve dnech pokleslo na 249 dne. Roční využití lůžek ve dnech v nemocnicích řízených krajským úřadem se snížilo na 257 dne (rok 2007: 268) a průměrná ošetrovací doba dosáhla 6,71 dne. V zařízeních zřízených Ministerstvem zdravotnictví byla lůžka využita 232 dnů v roce (rok 2007: 249) a průměrná ošetrovací doba trvala 7,35 dne. V nestátních zařízeních, kde je zřizovatelem město a obec, činilo roční využití lůžek 265 dnů (rok 2007: 262) a 7,95 průměrná ošetrovací doba, v privátních nemocnicích to bylo 237 dnů v roce (rok 2007: 258) a průměrná ošetrovací doba se zvýšila na 7,72 dne [14].

### 3.4. *Financování neinvestičních a investičních činností nemocnic zřízených Moravskoslezským krajem*

Moravskoslezský kraj je zřizovatelem 11 zdravotnických zařízení ve formě příspěvkových organizací, z toho 7 nemocnic a zakladatelem a jediným vlastníkem 2 zdravotnických zařízení ve formě akciových společností, z nich 1 nemocnice.

Finanční prostředky určené v roce 2009 k financování provozních činností příspěvkových organizací nemocnic představovaly výši 42.326 tis. Kč, z toho neúčelový příspěvek na zajištění běžného provozu tvořil částku 8.040 tis. Kč a účelově bylo poskytnuto 25.421 tis. Kč. Účelově určené finanční prostředky z rozpočtu kraje na zajištění provozních činností byly určeny především na krytí odpisů dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve výši 34.287 tis. Kč. Na údržbu a opravy majetku svěřeného do správy příspěvkovým organizacím (neinvestiční prostředky) bylo v roce 2009 poskytnuto 8.866 tis. Kč. Na pořízení a obnovu majetku (investiční prostředky) - účelové investiční dotace do investičního fondu na rok 2009 představovaly celkem 92.879 tis. Kč, zde jsou zahrnuty prostředky poskytnuté z rozpočtu kraje a investiční prostředky ze státního rozpočtu v rámci programového financování reprodukce majetku ISPROFIN<sup>5</sup>, které byly poskytnuty na rekonstrukci porodního traktu pro příspěvkovou organizaci Nemocnice Třinec ve výši 7.000,0 tis. Kč.

**Graf č. 3.1: Objemy provozních a investičních prostředků poskytnutých příspěvkovým organizacím nemocnicím v procentech**



Zdroj: [16]. Vlastní zpracování

<sup>5</sup> ISPROFIN - informační systém programového financování je manažerský systém pro řízení a kontrolu čerpání položek státního rozpočtu. Podporuje a realizuje podmínky vyhlášky č. 560/2006 Sb. ze dne 11. prosince 2006.  
Zdroj: [http://www.isprofin.cz/is\\_isprofin.asp](http://www.isprofin.cz/is_isprofin.asp)

Příspěvkové organizace v odvětví zdravotnictví dosáhly v roce 2009 v celkovém součtu zhoršeného výsledku hospodaření, vytvořená ztráta v úhrnu činila 8.484 tis. Kč. Se ztrátou hospodařila Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, její celková ztráta činila 20.659 tis. Kč. Tato nemocnice v současné době řeší splácení polhůtných závazků vůči dodavatelským společnostem, má uzavřeny s největšími firmami splátkové kalendáře na překlenutí dočasného zpoždování úhrad závazků a posunutí splatnosti u vybraných dodavatelů. Nemocnice uzavřela smlouvu o krátkodobém provozním úvěru na rok 2009 ve výši 30 mil. Kč, s pomocí výše uvedeného úvěru pro rok 2009 nemocnice částečně pokryla přechodné nedodržování smluvních splatností, vzniklých především srážkou za poskytnutou zdravotní péči v uplynulých letech a neprofinancováním nárůstu poskytnuté zdravotní péče v souvislosti s onkologickou péčí poskytovanou v rámci Komplexního onkologického centra Nový Jičín.

Zlepšeného výsledku hospodaření dosáhlo 10 organizací, jejich celkový vytvořený zisk představoval 12.175 tis. Kč. Nejlepšího výsledku hospodaření dosáhlo Sdružené zdravotnické zařízení Krnov ve výši 6.060 tis. Kč [16].

## 4. CHARAKTERISTIKA A ZHODNOCENÍ NEMOCNICE ZŘÍZENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM

Na zdravotnickém zařízení Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace je možné sledovat uplatňování pravidel a úspěšnost hospodaření. Dosažené výsledky hospodaření jsou každoročně zpracovány ve zprávách o činnosti daného roku, které je možné porovnat. Z komplexního hodnocení výsledků hospodaření jsem vybrala dva ukazatele, které významně ovlivňují hospodaření nemocnice. Prvním ukazatelem jsou příspěvky na provoz a do investičního fondu, které představují významný příjem a druhým mzdové náklady představující více než 50 % celkových nákladů.

### 4.1. *Slezská nemocnice v Opavě*

Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace, Olomoucká 86, 746 01 Opava byla založena na základě usnesení zastupitelstva Moravskoslezského kraje č. 15/4681 ze dne 27. 3. 2003. Na základě ustanovení § 2 odst. 2 zákona 270/2002 Sb. o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona 157/2000 Sb. o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona 10/2001 Sb. a zákona 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů přešla funkce zřizovatele na kraj ke dni 1. lednu 2003. Zřizovatelem je Moravskoslezský kraj, 28. října 117, 702 18 Ostrava, IČ: 708 90692.

Od roku 2003 je zřizovatelem Slezské nemocnice v Opavě (SNO) Moravskoslezský kraj. Disponuje 650 lůžky a její provoz zajišťuje 1200 zaměstnanců. 25 odborných oddělení - primariátů provozuje ambulance, lůžka nebo laboratoře a pokrývá tak celé spektrum odborností zdravotní péče na regionální úrovni. I přes nesnadnou ekonomickou situaci ve zdravotnictví je snahou vedení a všech pracovníků SNO dále budovat moderní ústav, který by svým vybavením, technickým zázemím, prostředím a skladbou odborníků poskytoval služby na velmi dobré úrovni celému okresu a některé specializované činnosti i nad jeho rámec.

**Hlavní činnost** organizace spočívá v zabezpečení poskytování a organizace ústavní a ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče, včetně preventivních



opatření ve stanoveném spádovém území ve smyslu platných právních předpisů, jakož i zajišťování ostatních služeb s poskytováním zdravotní péče souvisejících.

Pro **doplňkovou činnost** má SNO vymezeny okruhy: montáž, opravy, údržba a revize vyhrazených elektrických zařízení a výroba rozvaděčů nízkého napětí, topenářství, koupě za účelem jeho dalšího prodeje a prodej, zednictví, zámečnictví, masérské rekondiční a regenerační služby a výzkum a vývoj v oblasti přírodních a technických věd nebo společenských věd.

### **Organizační struktura Slezské nemocnice Opava, p.o.:**

Ředitel nemocnice

- *náměstek pro Léčebně preventivní péči:* vedoucí lékař operačních oborů
- *ekonomický náměstek:* oddělení ekonomických informací, oddělení personální a mzdové, oddělení statistiky a pojišťoven, správce ekonomických databází, oddělení MTZ, podatelna
- *technicko-provozní náměstek:* vedoucí dopravy a úklidu, vedoucí provozu, energetik, elektrotechnik, vedoucí údržby, stavební technik
- *technicko-investiční náměstek:* investice, oddělení zdravotnické techniky, metrologie a veřejné zakázky, oddělení informačních technologií
- *hlavní sestra*
- *primáři odborných oddělení:* zástupce primáře, ordinář, lékaři
- *vedoucí lékárník:* zástupce vedoucího lékárníka, vedoucí oddělení, hlavní farmaceutická laborantka, vedoucí oddělení prostředků zdravotnické techniky
- *vedoucí vnitřního auditu*
- *vedoucí střediska vědeckých informací*
- *technik BOZP a PO*
- *vedoucí sekretariátu*

Již od ledna 2010 probíhá první etapa rekonstrukce interního pavilonu L Slezské nemocnice v Opavě a společně s ní také přestavba pavilonu H, kde bude pacientům od září k dispozici zcela nová dialýza.

## 4.2. Výsledky hospodaření Slezské nemocnice v Opavě

V letech 2007 - 2009 poskytovala SNO zdravotnickou péči v rozsahu daném platnou registrací a dle uzavřených smluv se zdravotními pojišťovnami. Hlavním cílem nemocnice bylo trvalé zkvalitňování zdravotní lékařské a ošetrovatelské péče a dosažení ekonomické stability. Úkoly na každý rok byly formulovány usneseními Rady kraje, opatřeními ze zpráv o činnosti za roky 2006 - 2008, příkazy ředitele nemocnice a úkoly z porad vedení. V každém roce se zdůrazňovalo snižování nákladů a zvýšení příjmů zdravotních pojišťoven. Významným faktorem, který ovlivňuje výsledek hospodaření, bylo dodržování plánů na personální výdaje a stanovení ukazatelů, na jejichž plnění byla postavena platová zainteresovanost.

Nedílnou součástí zabezpečení nemocniční péče SNO je lůžkový fond, v tabulce č.4.1 je uvedeno, jakou má nemocnice kapacitu a jak je využívána.

**Tab. č. 4.1: Kapacita lůžkového fondu a jeho využití za období 2007 – 2009**

Lůžkový fond	2007		2008		2009	
	nemocnice	LDN	nemocnice	LDN	Nemocnice	LDN
Plánovaný počet lůžek	602	48	602	48	534	48
průměrný počet lůžek	602	48	602	48	534	48
počet hospitalizovaných	22 065	391	21 285	538	23 124	647
počet ošetrovacích dnů	150 015	13 154	139 271	14 086	145 664	13 983
počet dnů vyřazených lůžek	28 329	3 177	27 126	1 906	3 108	2 049
Skutečná kapacita ošetřujících dnů	191 401	14 343	193 206	15 662	191 802	15 471
Využití lůžek ve dnech	249,2	274,0	231,3	293,5	272,8	291,3
Využití lůžek v %	78,4	91,7	72,1	89,9	75,9	90,3
průměrná ošetrovací doba	6,8	33,6	6,5	26,2	6,3	21,9

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17].

Na celkovém výsledku hospodaření za uvedené roky se podílí výsledek hospodaření z hlavní činnosti a doplňkové činnosti. Celkový výsledek hospodaření ve sledovaném období ukazuje tabulka č. 4.2.

**Tab. č. 4.2: Výsledek hospodaření za období 2006 – 2009 v tis. Kč**

Výsledek hospodaření	2006	2007	2008	2009
náklady celkem	722 473	778 965	808 045	862 717
výnosy celkem	734 775	781 283	799 951	862 786
<b>+zisk/-ztráta</b>	<b>+12 302</b>	<b>+2 318</b>	<b>-8 094</b>	<b>+69</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Účetní výsledek hospodaření v roce 2007 byl kladný. Ve srovnání s rokem 2006 se snížil o 10 mil. Kč důsledkem zaúčtování nepokrytých fondů reprodukce ve prospěch výkonů v roce 2006 (17,5 mil. Kč). Vytvořený zisk se využil jako zdroj financování a umožnil financování provozních nákladů na postupně se snižující dluh vůči obchodním partnerům a dále financování pořízení dlouhodobého majetku ve výši 6,6 mil. Kč. V roce 2008 účetní výsledek hospodaření činil ztrátu 8 094 tis. Kč, proti roku 2007 se snížil o 10,4 mil. Kč. Důvodem se staly dohadné položky pasivní ve výši 9 600 tis. Kč, které byly vůči zdravotním pojišťovnám odborně odhadnuty. Dále byly účetně odepsány pohledávky z minulých let ve výši 1 074 tis. Kč a uhrazena daň z příjmů právnických osob za rok 2006 a 2007 společně se zálohami na daň ve výši 1 566 tis. Kč. V roce 2009 je účetní výsledek hospodaření zlepšen o 8 mil. a činí zisk 69 tis. Kč. Byly zaúčtovány dohadné položky na vyúčtování zdravotní péče ve výši 9 400 tis. Kč, rezervy na případná rizika finančních náhrad za poškození zdraví ve výši 400 tis. a daň z příjmu právnických osob ve výši 501 tis. Kč. Doplnková činnost SNO vykázala každým rokem kladný výsledek hospodaření, v roce 2007 357,61 tis. Kč, v roce 2008 160,16 tis. Kč, v roce 2009 243,09 tis. Kč. Největší podíl na zisku měly prostředky získané z pronájmu prostor fyzickým a právnickým osobám, které sídlí v areálu nemocnice. Každý rok byl tento vykázaný zisk v plné výši použit na financování hlavní činnosti

#### **4.2.1. Náklady a výnosy**

Na celkovém výsledku hospodaření SNO se podílí náklady a výnosy daných let. Za období 2006 – 2009 byly každý rok náklady i výnosy vyšší, jejich druhové členění obsahují přílohy č. 2 a č. 3. Pro lepší názornost a srovnání celkových nákladů a výnosů uvádím v tabulce č. 4.3 rozdíly a meziroční nárůsty v procentech.

V roce 2007 vidíme oproti roku 2006 meziroční nárůst 7 %. Byl způsoben změnou metodiky úhrad speciálních léků ze strany zdravotních pojišťoven (léky zvýšily náklady na léčiva o 13 mil. Kč), navýšením personálních nákladů (o 23 mil. Kč), nárůstem cen energií (o 4 mil. Kč), zvýšením nákladů na odpisy dlouhodobého majetku o 6 mil. Kč, havarijním stavem části majetku, navýšení jeho oprav a udržování o 3,5 mil. Kč, náklady na penále za pozdní úhrady závazků vůči dodavatelům (snížení o 1,2 mil Kč) a zvýšenými náklady na zřízení LSPP od 1.7 2007, jejich výše činila 3,1 mil. Kč.

V roce 2008 se náklady ve srovnání s rokem 2007 zvýšily o 29 079 tis. Kč, nárůst činí 4 %. Byly způsobeny navýšením spotřeby významných položek v rámci spotřeby materiálu, navýšením personálních nákladů (o 14,3 mil. Kč), nárůstem cen energií (o 5,6 mil. Kč),

havarijním stavem části majetku, navýšení jeho oprav a udržování o 1,7 mil. Kč, náklady na penále za pozdní úhrady závazků vůči dodavatelům (snížení o 686 tis. Kč) a náklady v rámci ostatních služeb (nárůst o 8 %). V roce 2009 činil nárůst oproti roku 2008 o 6 %, tj. 54 673 tis. Kč. Tak jak v předchozích letech byl způsoben navýšením spotřeby materiálu, opět nárůstem cen energií (o 2 mil.), navýšením nákladů v rámci ostatních služeb o 2 %, navýšením osobních nákladů o 24 mil. Kč (např. odvody na sociální zabezpečení), odepsáním pohledávky z roku 1996 a vyúčtováním dohadných položek z vyúčtování se zdravotními pojišťovnami za rok 2008.

**Tab. č. 4.3: Srovnání nákladů a výnosů za období 2006 – 2009 v tis. Kč**

Rok	Celkové náklady	Rozdíl	Meziroční nárůst v %	Celkové výnosy	Rozdíl	Meziroční nárůst v %
2006	722 474	0	0	734 775	0	0
2007	778 965	56 491	7%	781 283	46 508	6%
2008	808 044	29 079	4%	799 950	18 667	2%
2009	862 717	54 673	6%	862 786	62 836	7%

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

U výnosů v roce 2007 vidíme nárůst 6 %, tj. o 46 mil. Toto zapříčinilo navýšení příjmů od zdravotních pojišťoven (o 22 mil. za zvýšení paušálních úhrad, o 13 mil. Kč za úhrady speciálních léků způsobené změnou metodiky, za nové výkony na základě provozu LSPP- výše tržeb 1,9 mil. Kč), navýšení tržeb v lékárně o 2,4 mil. Kč (zvýšený výdej léků zavedením elektronického receptu a úspěšné vyjednávání s hlavními dodavateli léků), doplatky za magnetickou rezonanci a ostatní doplatky z minulých let ve výši 9 mil. Kč a v neposlední řadě dotace na provoz od zřizovatele 3,42 mil. a dotace od Statutárního města Opava 0,71 mil. Kč. V roce 2008 oproti roku 2007 se výnosy zvýšily 18,7 mil. Kč, nárůst jen o 2 %, jejich příčinou byly zvýšené příjmy od zdravotních pojišťoven o 31,7 mil. Kč, a snížené tržby za prodané zboží o 2424,4 mil. (prodej zboží v lékárně a prodej krve na hematologicko-transfúzním oddělení, způsoben zavedením regulačních poplatků). A v roce 2009 vidíme nárůst o 7 %, tj. 62, 8 mil. Kč., opět se zvýšily příjmy od pojišťoven o 41,5 mil. Kč a příspěvek na platy sester ve výši 5,7 mil. Kč, dále se navýšily příjmy výběrem regulačních poplatků, tím vznikl nárok na 18 mil. Kč.

### 4.3. Významný příjem Slezské nemocnice v Opavě

Moravskoslezský kraj hradí ze svého rozpočtu příspěvek na provoz a dotace do investičních fondů. Další zdroje na základě rozpočtu získává SNO ve formě státní dotací a dotací Statutárního města Opavy. Příspěvek zřizovatele je většinou nejvyšší.

V následující tabulce č. 4.4 můžeme porovnat výši neinvestičních dotací. Celkem za rok 2007 činila neinvestiční dotace 4,2 mil. Kč, v roce 2008 3,7 mil. Kč a v roce 2009 4 mil. Kč. Z toho dotace zřizovatele činí nejvyšší část, struktura dotací je uvedena v příloze č. 4.4.

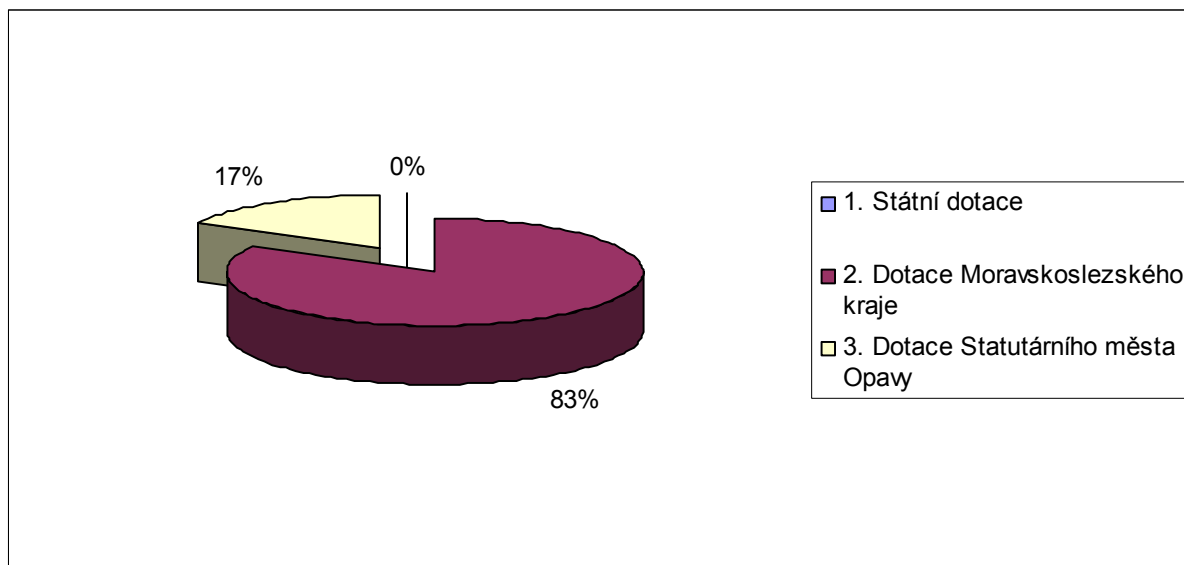
**Tab. č. 4.4: Neinvestiční dotace za období 2007 – 2009 v Kč**

NEINVESTIČNÍ DOTACE	2007	2008	2009
1. Státní dotace	0	182 000	75 000
2. Dotace Moravskoslezského kraje	3 483 900	3 480 000	3 908 147
3. Dotace Statutárního města Opavy	706 262	40 000	2 050 000
<b>Celkem</b>	<b>4 190 162</b>	<b>3 702 000</b>	<b>6 033 147</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Z následujících grafů je patrné, kolik procent z celkových provozních dotací každého roku tvoří státní dotace, dotace Moravskoslezského kraje a dotace Statutárního města Opavy.

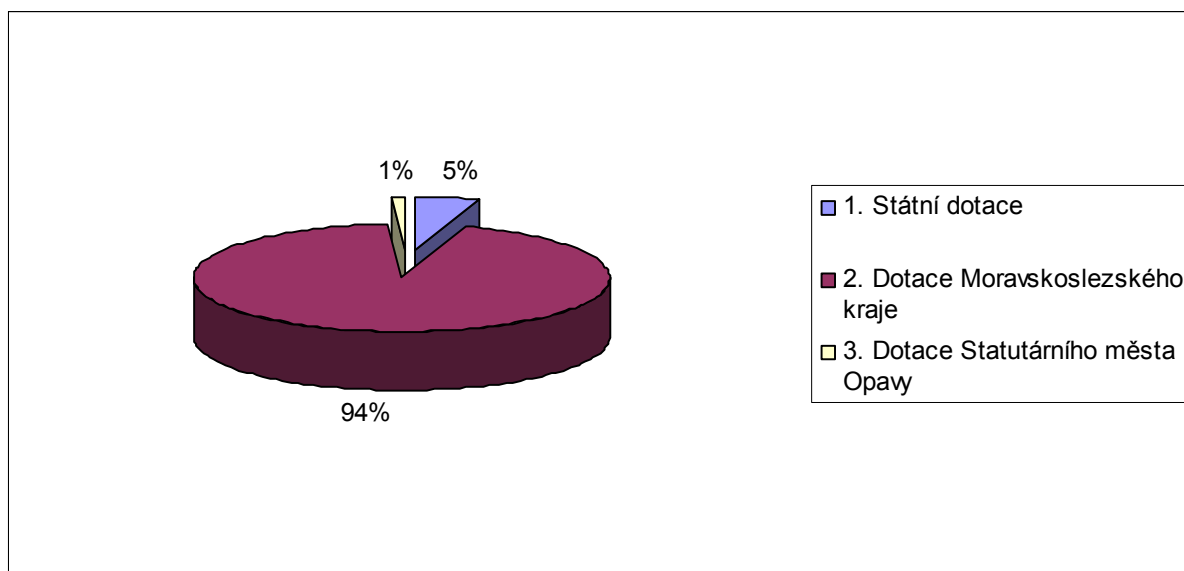
**Graf. č. 4.2: Neinvestiční dotace za rok 2007 v procentech**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

V roce 2007 tvořila provozní dotace zřizovatele 83 % všech neinvestičních dotací a byla určena na příspěvek na provoz a onkologický registr, dotace na provoz lékařské služby první pomoci, na Otorhinolaryngologii<sup>6</sup> (rekonstrukce ambulance s dovybavenými přístroji) a na úhradu nákladů z logistického auditu.

**Graf. č. 4.3: Neinvestiční dotace za rok 2008 v procentech**

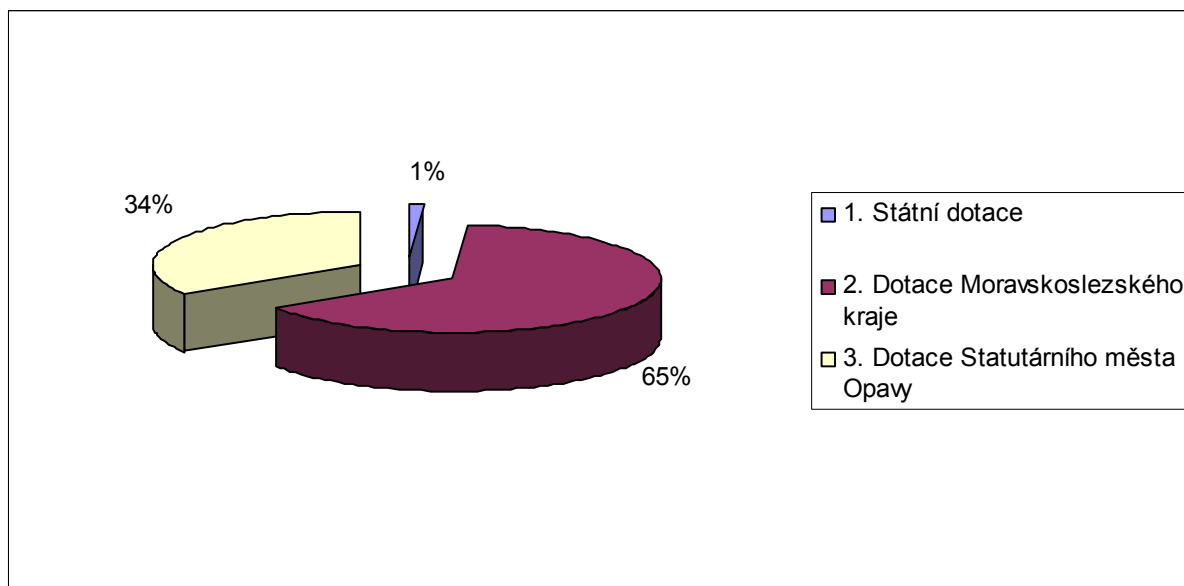


Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Graf č. 4.3 zobrazuje zastoupení dotace Moravskoslezského kraje 94 %, kterou tvoří příspěvek na provoz a na onkologický registr a dotace na řešení epidemiologické situace (žloutenka). I v roce 2009 byla dotace Moravskoslezského kraje nejvyšší, nicméně tvořila jen 65 %, opět byl poskytnut příspěvek na provoz a na onkologický registr a dotace na specializační vzdělávání, graf č. 4.4.

<sup>6</sup> Otorhinolaryngologie, zkráceně ORL, je chirurgický lékařský obor, který se specializuje na diagnózu a léčbu chorob ušních, nosních a krčních.

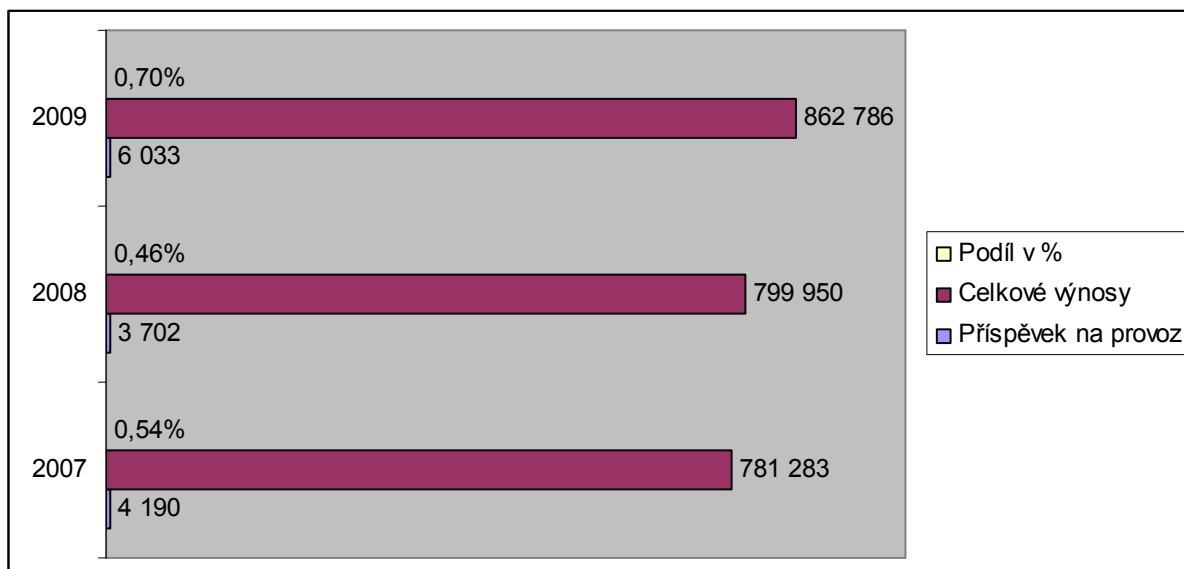
**Graf. č. 4.4: Neinvestiční dotace za rok 2009 v procentech**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Na celkových výnosech se příspěvek na provoz podílí minimálně. V roce 2007 tvořil 0,54 % (4 190 tis.), v roce 2008 jen 0,46 % (3 702 tis.) a v roce 2009 0,7 % (6 033 tis.). Z grafu č. 4.5 vyplývá, že tento příspěvek na provoz je opravdu nevýznamným příjmem.

**Graf. č. 4.5: Procentuální podíl příspěvku na provoz na výnosech za období 2006 - 2009 v tis.**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Stejným způsobem jako neinvestiční dotace jsou uvedeny v tabulce č. 4.5 investiční dotace. Tyto dotace jsou daleko vyšší než provozní dotace, jejich struktura je uvedena v příloze č. 5.

**Tab. č. 4.5: Investiční dotace za období 2007 – 2009 v Kč**

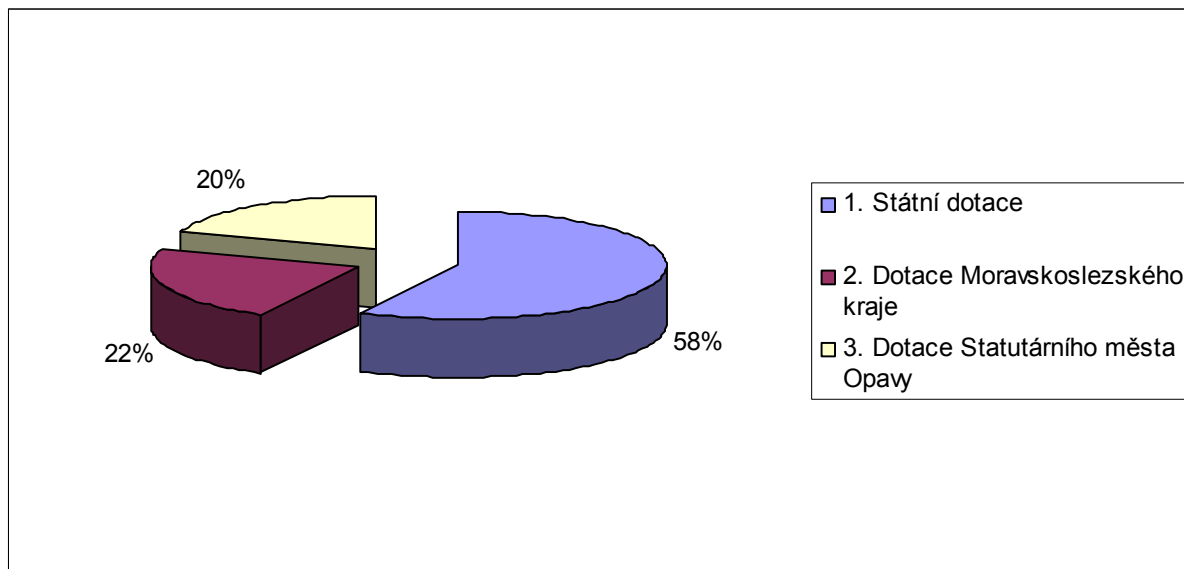
<b>INVESTIČNÍ DOTACE</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
1. Státní dotace	18 473 550,1	23 974 000	0
2. Dotace Moravskoslezského kraje	7 199 000,0	34 424 488	3 638 908
3. Dotace Statutárního města Opavy	6 333 738,0	1 000 000	400 000
<b>Celkem</b>	<b>32 006 288,1</b>	<b>59 398 488</b>	<b>4 038 908</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Z grafů č. 4.6 – 4.8 vyplývá, že dotace Moravskoslezského kraje do investičních fondů je většinou zastoupena mimo rok 2007, kde činila tato dotace jen 22 % z celkového počtu. Byla určena na obnovení přístrojové techniky, úpravu laboratoří a digitalizaci skiagrafických obrazů.



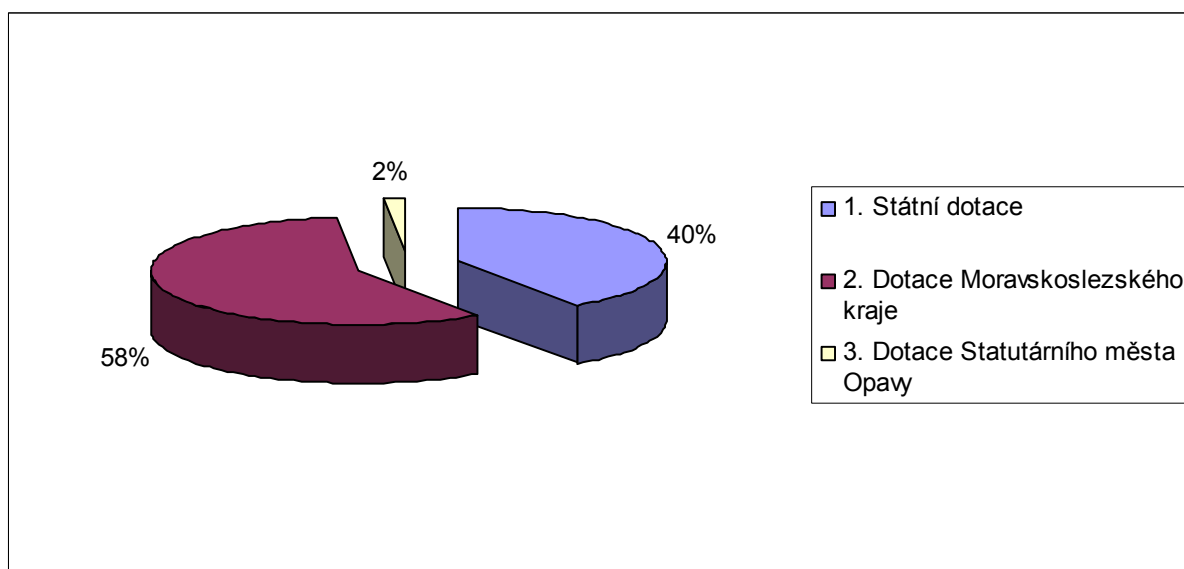
**Graf. č. 4.6: Investiční dotace za rok 2007 v procentech**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

V roce 2008 dotace na přístrojové vybavení činila 34,4 mil. Kč, tj. 58 % a státní dotace se podílela 40 %, tyto prostředky byly použity také na přístrojové vybavení ve výši 24 mil. Kč.

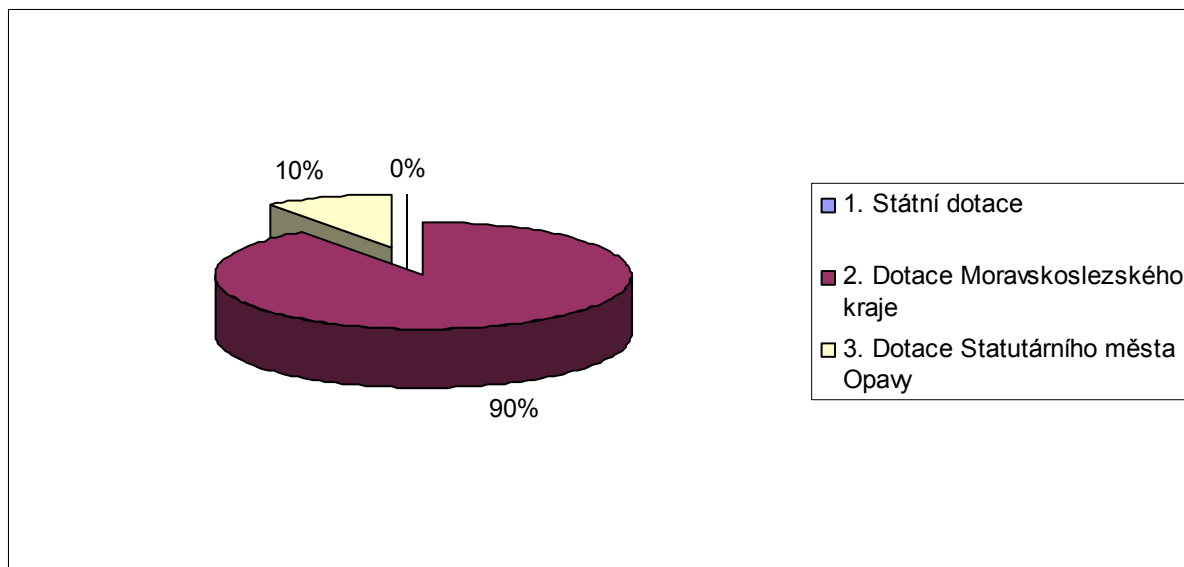
**Graf. č. 4.7: Investiční dotace za rok 2008 v procentech**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

V roce 2009 převažovala dotace zřizovatele na rekonstrukce a činila 90 % z celkového počtu.

**Graf. č. 4.8: Investiční dotace za rok 2009 v procentech**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Příspěvek Moravskoslezského kraje do investičního fondu nemocnice se řadí mezi žádoucí. Přesto, že nemocnice financuje investice z vlastních zdrojů, nepokryje veškeré potřeby. Ve srovnání s příspěvkem na provoz je významným příjmem.

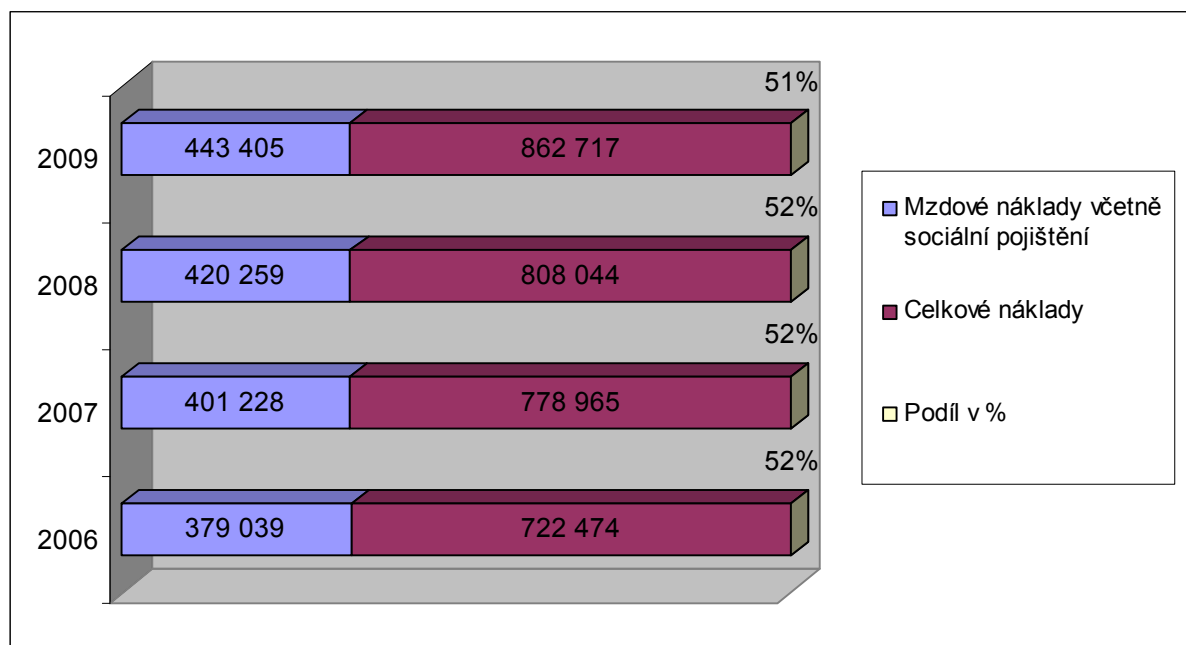
Z těchto údajů je patrné, že dotace investiční jsou poskytovány účelově a váží se na konkrétní investiční akci. Tyto prostředky se použily na modernizaci a rekonstrukci budov a oddělení v objektu nemocnice a na pořízení moderního přístrojového vybavení. U příspěvku na provoz je účelově vázána jen část. Příspěvky a dotace tvoří jediný příjem příspěvkové organizace, velkou část zastupuje příjem od zdravotních pojišťoven, tržby za prodané zboží v rámci lékárny a transfúzní stanice a také příjmy z doplňkové činnosti, nicméně se řadí mezi významné. Bez dotací od zřizovatele a s velkým objemem investičních dotací by nemohla zabezpečovat a zkvalitňovat poskytování nemocniční péče a zdravotnických služeb občanům v okrese Opava na území Moravskoslezského kraje.

#### **4.4. Mzdové náklady Slezské nemocnice v Opavě.**

Mzdové náklady včetně zákonného sociálního a zdravotního pojištění představují z celkových nákladů Slezské nemocnice v Opavě více než 50 %, struktura nákladů uvedena

v příloze č. 2. Z grafu č. 4.9 je zřejmé, že v roce 2006 – 2007 činí mzdové náklady 52 % a v roce 2009 51 % z celkových nákladů.

**Graf. č. 4.9: Procentuální podíl mzdových nákladů na nákladech za období 2006 – 2009 v tis. Kč**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Každý rok splnila SNO čerpání personálních nákladů v souladu se záměrem stabilizace pracovníků. Počet pracovníků v období 2006 – 2009 můžeme porovnat v tab. č. 4.6, ze které je patrné dodržení stabilizace personálu. Nejvyšší nárůst pracovníků, ve srovnání s předcházejícími roky byl v roce 2009 u středního a nízkého zdravotnického personálu.

**Tab. č. 4.6: Počet pracovníků dle kategorií za období 2006 – 2009**

Počet pracovníků dle kategorií (průměrný přepočtený evidenční počet)	2006	2007	2008	2009
Lékaři	141,58	144,19	138,25	141,5
Farmaceuti	8,8	8,9	7,63	8,44
Jiní odborní VŠ	13,15	13,21	14,05	15,91
Střední zdravotničtí pracovníci	562,6	565,8	564,03	572,38
Nižší zdravotničtí pracovníci	69,48	32,26	34,16	64,49
Pomocní zdravotničtí pracovníci	91,9	136,53	135,35	111,7
Technicko-hospodářští pracovníci	49,06	48,17	47,78	48,62
dokumentační pracovníce	21,55	23	22	22
Dělníci	160,04	156,54	154,96	153,77
<b>CELKEM</b>	<b>1 118,16</b>	<b>1 128,60</b>	<b>1118,21</b>	<b>1138,81</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Mzdové prostředky se meziročně zvyšují. Z tabulky č. 4.7 je patrné, jak vysoké byly celkové mzdové prostředky v období 2006 – 2009. V roce 2007 vzrostly proti roku 2006 o 6 %, z důvodu zákonného zvýšení tarifů (průměrně o 7,7 % u zdravotnického personálu a ostatních profesí o 5 %), přehled průměrných mezd uvádím v tabulce č. 4.8. V roce 2008 činil nárůst o 4 %.

**Tab. č. 4.7: Rozdělení mzdových prostředků za období 2006 – 2009 v tis. Kč**

<b>MZDOVÉ PROSTŘEDKY</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Platový tarif	182 741	195 726	195 751	210 189
práce přesčas	20 952	20 317	20 899	29 371
příplatky a doplátky	28 573	31 484	34 641	40 282
z toho: příplatky osobní	5 185	8 872	7 650	10 905
příplatky za vedení	2 468	2 764	2 792	2 922
příplatky zvláštní	4 240	3 984	4 144	4 371
příplatky za noční práci	5 166	6 112	6 652	7 515
příplatky za S+N+SV	11 173	12 752	13 387	14 564
ostatní příplatky	341	0	16	5
13. plat	0	0	0	0
odměny za pracovní pohotovost	7 494	8 446	6 278	2 526
Odměny	7 716	5 757	13 492	6 834
náhrady mzdy	26 141	27 319	29 446	32 194
<b>Mzdové prostředky celkem</b>	<b>273 617</b>	<b>289 049</b>	<b>300 507</b>	<b>321 396</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Na celkový výsledek hospodaření v roce 2009 mělo dopad navýšení mzdových nákladů oproti roku 2008 o 6 % (20,8 mil. Kč). Příčinou byly tři platové úpravy v souladu s nařízením vlády ČR 564/2006 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě v platném znění:

- Nařízení vlády č. 74/2009 Sb. účinné od 1. 4. 2009 – úprava stupnice platových tarifů u THP, dělnických profesí
- Nařízení vlády č. 130/2009 Sb. účinné od 1. 6. 2009 – úprava stupnice platových tarifů u THP, dělnických profesí, u zdravotnických profesí
- Nařízení vlády č. 201/2009 Sb. a NV č. 138/2009 Sb. účinné od 1. 7. 2009 – úprava stupnice platových tarifů u zdravotnických profesí, úprava katalogu prací pro všeobecné sestry a porodní asistentky

**Tab. č. 4.8: Průměrná měsíční mzda za období 2006 – 2009 v Kč**

<b>Průměrná měsíční mzda</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Lékaři	39 973	41 873	46 318	48041
Farmaceuti	34 045	33 721	38 403	40468
jiní odborní VŠ	30 314	30 615	30 777	30488
Střední zdravotničtí pracovníci	20 612	21 727	22 313	23396
Nižší zdravotničtí pracovníci	13 608	14 335	14 679	15657
Pomocní zdravotničtí pracovníci	12 437	12 435	13 331	13600
Technicko-hospodářští pracovníci (THP)	16 443	17 590	19 446	21849
Dělníci	10 039	10 479	10 851	11521
<b>Celkem</b>	<b>177 471</b>	<b>182 775</b>	<b>196 118</b>	<b>205020</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

Vláda České republiky v červnu 2009 projednala a schválila navýšení platů zdravotnickým pracovníkům při poskytování zdravotní péče. Cílem přijatého opatření je ocenění práce těchto kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, motivace pro jejich návrat k původní odborné profesi a zabránění jejich odchodu do zahraničí.

## 5. ZÁVĚR

Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace (SNO) zřízená v roce 2003 Moravskoslezským krajem patří s rozsahem lůžkového fondu (650 lůžek) k nemocnicím střední velikosti. Princip hospodaření příspěvkové organizace je odlišný od hospodaření zdravotnických zařízení na bázi zisku. Strukturu hlavních příjmů příspěvkové organizace tvoří příjmy od zdravotních pojišťoven, prostředky získané doplňkovou činností, příspěvky a dary fyzických a právnických osob, prostředky zřizovatele na provoz a investice. Zřizovatel uvolňuje prostředky na základě stanoveného limitu výdajů. Zlepšeným výsledkem hospodaření příspěvkové organizace hradí ztráty z minulých let. Pro účtování nákladů zdravotnickou institucí se používá jednotná účetní osnova. Základním ekonomickým problémem v hospodaření příspěvkové organizace bývají narůstající ztráty.

Pro zhodnocení celkového výsledku hospodaření SNO byly vybrány údaje z Výročních zpráv nemocnice z let 2007 – 2009. Náklady a výnosy vykazují v meziročním srovnání stále rostoucí trend.

V roce 2007 oproti roku 2006 byl meziroční nárůst výdajů sedm procent. Hlavními příčinami byla změna metodiky úhrad speciálních léků ze strany zdravotních pojišťoven, navýšení personálních nákladů, nárůst cen energií, zvýšení nákladů na odpisy dlouhodobého majetku, navýšení nákladů za opravy dlouhodobého majetku, vznik nákladů na penále za pozdní úhrady závazků vůči dodavatelům a zvýšení nákladů na zřízení lékařské služby první pomoci. Obdobné příčiny ovlivnily hospodaření i v roce 2008, kdy meziroční nárůst výdajů činil čtyři procenta, stejně jako v roce 2009, kdy meziroční nárůst výdajů činil šest procent.

U výnosů v roce 2007 činil nárůst šest procent. Hlavní příčinou bylo navýšení příjmu od zdravotních pojišťoven, navýšení tržeb v lékárně, doplatky za magnetickou rezonanci a ostatní doplatky z minulých let, a také dotace na provoz od zřizovatele a dotace od Statutárního města Opavy. V roce 2008 činil meziroční nárůst výnosů jen o dvě procenta. V roce 2009 činil meziroční nárůst výnosů o sedm procent.

Moravskoslezský kraj ze svého rozpočtu hradí Slezské nemocnici v Opavě příspěvek na provoz a dotace do investičního fondu. Příspěvek na provoz představoval v letech 2007 – 2009 cca 0,56 % celkových příjmů, tzn. jednalo se o nevýznamný příjem. Naopak

významným příjmem je příspěvek do investičního fondu, bez kterého by nemocnice nemohla modernizovat objekt i potřebné přístroje pro zajištění kvalitní nemocniční péče.

Výsledkem provedené analýzy bylo zjištění, že v letech 2006 – 2009 v průměru činily mzdové náklady 51,75 % celkových nákladů Slezské nemocnice v Opavě, tzn. došlo k potvrzení hypotézy: „Mzdové náklady představují více než 50 % celkových nákladů Slezské nemocnice v Opavě, příspěvková organizace“.

Nesoulad mezi vývojem nákladů a výnosů v roce 2010 přinese nová úhradová vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010, která uvádí jako referenční období rok 2008 a nikoliv rok 2009. Východiskem úhrad pro rok 2010 je rozsah zdravotní péče poskytované v roce 2008 a cenová úroveň roku 2008 u veškerých dodavatelských komodit. Navíc úhradová vyhláška nereaguje na zvýšení DPH o 1%, které bylo přijato v rámci krizového balíku opatření.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- [1] BODLÁKOVÁ, L. *Národní účty zdraví. Nástroj ekonomické analýzy financování zdravotní péče*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Kostelec nad Černými lesy, 2002. s. 58. ISSN 1213-8096
- [2] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Slezská univerzita v Opavě: Opava, 2008. s. 132. ISBN 978-80-7248-482-9
- [3] DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Slezská univerzita v Opavě: Opava, 2008. s. 222. ISBN 978-80-7248-494-2
- [4] DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Galén: Praha, 2005. s. 96. ISBN 80-7262-340-0
- [5] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica: Praha, 2005. s. 228. ISBN 80-245-0998-9
- [6] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer Press: Brno 2003. s. 380. ISBN 80-7226-996-8
- [7] KONCEPCE ZDRAVOTNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI. Listopad 2003  
Dostupné na: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr.html>
- [8] LEMON 4 *LEarning Material On Nursing*. Soubor učebních textů pro setry a porodní asistentky. 1. vydání Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark, ISBN 80-7013-248-5
- [9] NĚMCOVÁ, Z. *Zabezpečení zdravotní péče a možnosti optimalizace sítě zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji*. Diplomová práce. Vysoká škola báňská-Technická univerzita Ostrava, Ekonomická fakulta: Ostrava, 2002. s. 54.
- [10] PEKOVÁ, J. *Finance územní samosprávy – územní aspekty veřejných financí*. Victoria Publishing: Praha, 1995. s. 268. ISBN 80-7187-024-2
- [11] ZDRAVÍ 21. *Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století*. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Praha, 2004. s. 160. ISBN 80-85047-33-0
- [12] ZDRAVÍ 21. – ZDRAVÍ DO 21. STOLETÍ. *Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu. Světové zdravotnické organizace*. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Praha, 2001, s. 147. ISBN 80-85047-19-5
- [13] HÁVA, P., GOULLI, R. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Zdravotní politika a ekonomika, ročník 3, číslo 8, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy, 2003, s. 147. ISSN 1213-8096
- [14] *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2008*, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2009. s. 184. ISBN 978-80-7280-834-2
- [15] *Zdravotnická zařízení v Moravskoslezském kraji*. Dostupné na World Wide Web: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/>



- [16] *Závěrečný účet Moravskoslezského kraje za rok 2009*. Dostupné na World Wide Web: [http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/fin\\_zu\\_2009.html#a8](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/fin_zu_2009.html#a8)
- [17] *Zpráva o činnosti 2007, 2008, 2009*. Slezská nemocnice v Opavě, p. o., Opava, 2007, 2008, 2009
- [18] *Ústavní zákon č.347/1997 Sb.*, o vytvoření vyšších územních samosprávných celků a o změně ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.
- [19] *Zákon č. 20/1966 Sb.* o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- [20] *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb.*, o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
- [21] *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 464/2008 Sb.*, o stanovení hodnot bodů, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.
- [22] *Zákon ČNR č. 551/1991 Sb.*, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů.
- [23] *Zákon ČNR č. 160/1992Sb.*, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
- [24] *Zákon ČNR č. 280/1992 Sb.*, o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.
- [25] *Zákon ČNR č. 592/1992 Sb.*, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

## **SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ**

**ČR** Česká republika

**TRN** Transpirační a respirační nemoci

**ORL** Otorhinolaryngologie – ušní, nosní, krční

**ARO** Anesteziologicko-resuscitační oddělení

**DRG** Diagnosis-related group – klasifikační systém

**SNO** Slezská nemocnice v Opavě

**BOZP** Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

**PO** Požární ochrana

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf č. 3.1:** Objemy provozních a investičních prostředků poskytnutých příspěvkovým organizacím nemocnicím v procentech

**Graf. č. 4.2:** Neinvestiční dotace za rok 2007 v procentech

**Graf. č. 4.3:** Neinvestiční dotace za rok 2008 v procentech

**Graf. č. 4.4:** Neinvestiční dotace za rok 2009 v procentech

**Graf. č. 4.5:** Procentuální podíl příspěvku na provoz na výnosech za období 2006 – 2009  
v tis. Kč

**Graf. č. 4.6:** Investiční dotace za rok 2007 v procentech

**Graf. č. 4.7:** Investiční dotace za rok 2008 v procentech

**Graf. č. 4.8:** Investiční dotace za rok 2009 v procentech

**Graf. č. 4.9:** Procentuální podíl mzdových nákladů na nákladech za období 2006 – 2009  
v tis. Kč

## SEZNAM TABULEK

**Tab. č. 4.1:** Kapacita lůžkového fondu a jeho využití za období 2007 – 2009

**Tab. č. 4.2:** Výsledek hospodaření za období 2006 – 2009 v tis. Kč

**Tab. č. 4.3:** Srovnání nákladů a výnosů za období 2006 – 2009 v tis. Kč

**Tab. č. 4.4:** Neinvestiční dotace za období 2007 – 2009 v Kč

**Tab. č. 4.5:** Investiční dotace za období 2007 – 2009 v Kč

**Tab. č. 4.6:** Počet pracovníků dle kategorií za období 2006 – 2009

**Tab. č. 4.7:** Rozdělení mzdových prostředků za období 2006 – 2009 v tis. Kč

**Tab. č. 4.8:** Průměrná měsíční mzda za období 2006 – 2009 v Kč

# PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne .....

.....  
Jana Mastiliaková

Adresa trvalého pobytu studenta:

Kosmonautů 2185/24, 700 30 Ostrava - Zábřeh

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Legislativa

**Příloha č. 2** – Položky celkových nákladů a jejich srovnání za období 2006 – 2009 v tis. Kč

**Příloha č. 3** – Položky celkových nákladů a jejich srovnání za období 2006 – 2009 v tis. Kč

**Příloha č. 4** – Neinvestiční dotace od zřizovatele Moravskoslezský kraj v Kč

**Příloha č. 5** – Investiční dotace od zřizovatele Moravskoslezský kraj v Kč

## **Legislativa**

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, ve znění vyhláška č. 105/2002 Sb.,
- zákon ČNR č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon),
- zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).



## Položky celkových nákladů a jejich srovnání za období 2006 – 2009 v tis. Kč

NÁKLADY	2006	2007	2008	2009
Spotřeba materiálu (501)	167 313	186 025	198 948	216 373
<i>z toho: léčiva</i>	<i>42 445</i>	<i>57 145</i>	<i>61 991</i>	<i>73 134</i>
<i>krev a krevní deriváty</i>	<i>11 519</i>	<i>9 711</i>	<i>8 565</i>	<i>8 339</i>
<i>prostředky zdrav. techniky</i>	<i>66 881</i>	<i>73 958</i>	<i>76 725</i>	<i>83 606</i>
<i>potraviny pro pacienty</i>	<i>0</i>	<i>14 153</i>	<i>14 697</i>	<i>15 724</i>
Spotřeba energie (502)	24 276	28 410	34 049	36 053
Prodané zboží (504)	90 295	93 949	75 440	80 665
Opravy a udržování (511)	12 655	16 177	17 887	18 447
Cestovné (512)	625	634	530	617
Náklady na reprezentaci (513)	16	62	82	42
Ostatní služby (518)	24 018	23 705	25 486	26 122
Mzdové náklady (521)	276 484	293 018	307 292	328 748
Zákonné sociální pojištění (524)	96 311	101 692	106 139	106 978
<i>z toho: zdravotní pojištění</i>	<i>24 808</i>	<i>26 149</i>	<i>27 293</i>	<i>29 142</i>
<i>sociální pojištění</i>	<i>71 503</i>	<i>75 542</i>	<i>78 846</i>	<i>77 836</i>
Zákonné sociální náklady (527)	5 471	5 779	6 008	6 427
Ostatní sociální náklady (528)	773	739	820	1 256
Daň z nemovitostí (532)	8	8	8	16
Ostatní daně a poplatky (538)	66	38	18	19
Smluvní pokuty (541)	2 112	913	227	141
Ostatní pokuty a penále (542)	33	494	20	10
Odpis nedobytné pohledávky (543)	51	229	1 074	4 378
Úroky placené (544)	707	796	638	325
Kursově ztráty (545)	1	9	2	8
Manka a škody (548)	0	65	30	42
Jiné ostatní náklady (549)	6 057	6 005	11 709	18 083
Odpisy NHIM (551)	6 694	12 724	12 067	8 879
ZC prodaného NHIM (552)	272	0	0	0
Prodaný materiál (554)	8 208	7 495	8 004	8 357
Daň z příjmu (591)	0	0	1 566	403
Dodatečné odvody daně z př. (595)	29	0	0	298
<b>CELKEM náklady</b>	<b>722 474</b>	<b>778 965</b>	<b>808 044</b>	<b>862 717</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

## Položky celkových výnosů a jejich srovnání za období 2006 – 2009 v tis. Kč

VÝNOSY	2006	2007	2008	2009
Tržby z prodeje služeb (602)	560 661	610 891	661 940	702 793
<i>z toho: příjmy od ZP</i>	<i>551 688</i>	<i>599 569</i>	<i>631 264</i>	<i>672 729</i>
<i>placené zdravotnické služby</i>	<i>4 375</i>	<i>4 854</i>	<i>5 066</i>	<i>5 741</i>
Tržby za prodané zboží (604)	108 940	112 580	88 205	93 633
Aktivace materiálu a zboží (621)	18 106	17 907	17 365	18 453
Smluvní pokuty a úroky z prodlení (641)	0	1 995	459	0
Úroky (644)	2	2	3	3
Zúčtování fondů (648)	4 929	6 448	5 764	5 255
Jiné ostatní výnosy (649)	30 523	17 568	11 268	21 675
<i>z toho vyhláška 549/2004 Sb.</i>	<i>17 533</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Tržby z prodej NHIM (651)	320	0	50	21
Tržby z prodeje materiálu (654)	9 368	9 702	11 194	11 611
Zúčtování zákonných opravných položek	0	0	0	3 308
Provozní dotace (691)	1 926	4 190	3 702	6 033
<b>CELKEM výnosy</b>	<b>734 775</b>	<b>781 283</b>	<b>799 950</b>	<b>862 786</b>

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

## Neinvestiční dotace od zřizovatele Moravskoslezský kraj v Kč

<b>NEINVESTIČNÍ DOTACE 2007</b>	<b>čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>0</b>
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>3 483 900</b>
Příspěvek na provoz	1 588 000
Příspěvek na onkologický registr	268 000
Dotace – provoz LSPP	896 000
Dotace na ORL - rekonstrukce ambulance a dovybavení přístroji	496 000
Dotace na úhradu nákladů logistického auditu	235 900
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>706 262</b>
Mezinárodní seminář patologů	40 000
Vybavení centrálních laboratoří	666 262
<b>NEINVESTIČNÍ DOTACE 2008</b>	<b>Čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>182 000</b>
Příspěvek na vedení onkologického registru (Fakultní nemocnice Ostrava)	182 000
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>3 480 000</b>
Příspěvek na provoz	3 166 000
Příspěvek na onkologický registr	276 000
Řešení epidemiologické situace (žloutenka)	38 000
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>40 000</b>
Příspěvek na patologický seminář	40 000
<b>NEINVESTIČNÍ DOTACE 2009</b>	<b>Čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>75 000</b>
Příspěvek na vedení onkologického registru (Fakultní nemocnice Ostrava)	75 000
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>3 908 147</b>
Příspěvek na provoz	3 442 000
Příspěvek na onkologický registr	290 000
Specializační vzdělávání	176 147
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>2 050 000</b>
Příspěvek na patologický seminář	50 000
Oprava komunikací	2 000 000

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování

## Investiční dotace od zřizovatele Moravskoslezský kraj v Kč

<b>INVESTIČNÍ DOTACE 2007</b>	<b>Čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>18 473 550</b>
Gamakamera SPECT/CT – dodávka 20 997 900,-Kč	16 000 000,00
Laser fotokoagulační	977 300
Denzitometr	1 496 250
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>7 199 000,00</b>
Nepřímá digitalizace skiagrafických obrazů	4 499 000
Úprava prostorů pro centralizaci laboratoří	800 000,00
Obnovení přístrojové techniky - gamakamera	1 900 000,00
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>6 333 738</b>
Gamakamera SPECT/CT	4 997 900,00
Stavební úpravy spojené s gamakamerou	1 002 100
Stavební úpravy centrálních laboratoří	333 738
<b>INVESTIČNÍ DOTACE 2008</b>	<b>Čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>23 974 000</b>
Multidetektorový CT	23 974 000
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>34 424 488</b>
Mammografický přístroj	14 999 490
Tkáňový procesor Pathos	2 269 923
Přístrojové vybavení ARO	200 075
Projekt PACS	10 955 000
Multidetektorový CT	6 000 000
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>1 000 000</b>
Projektová dokumentace „Hemodialyzační středisko“	1 000 000
<b>INVESTIČNÍ DOTACE 2009</b>	<b>Čerpáno</b>
<b>1. Státní dotace</b>	<b>0</b>
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje</b>	<b>3 638 908</b>
Rekonstrukce pavilonu H - hemodialýzy	3 087 938
Rekonstrukce 1. podzemního a 1.nadzemního podlaží pavilonu L	550 970
<b>3. Dotace Statutárního města Opavy</b>	<b>400 000</b>
Jednotný orientační a informační systém	400 000

Zdroj: Zpráva o činnosti 2007 – 2009 [17]. Vlastní zpracování